

Tool werkzame elementen: dit werkt er in leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status

Geschreven door: Anouk Peereboom

S2949695

Januari – Juli 2021

Voor GGD Fryslân

Adviesrapport

25-06-2021

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Science &
 Engineering

Msc Biomedical Sciences,
 Science, Business & Policy

Supervisie:

Marijke Teeuw (GGD Fryslân)

Anneke Meijer (GGD Fryslân)

Jorien Zevenberg (SBP)

Jocelien Olivier (RUG)

Colofon

Titel: Tool werkzame elementen: dit werkt er in leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status

Door Anouk Peereboom (s2949695)

Voor GGD Fryslân

Januari – Juni 2021

Rijksuniversiteit Groningen (RUG), Faculteit Science & Engineering, Msc Biomedical Sciences, afstudeerrichting Science, Business & Policy (SBP)

Kader van het project

Dit is een stage in de context van de specialisatie SBP, Master's degree program Biomedical Sciences, RUG. Het doel van de stage is de integratie van beleidselementen met wetenschappelijke elementen. Het project bestaat uit 25% wetenschappelijke elementen en 75% beleidselementen. De eindproducten zijn een advies en een tool. Als onderdeel van de stage, werk ik aan het voorbereiden van de daadwerkelijke implementatie. In het stageverslag zal hier op geanticipeerd worden. De stage vindt plaats in de periode van 4 januari 2021 tot 25 juni 2021 en duurt 26 weken. De supervisie is gedaan door vier verschillende begeleiders: een dagelijkse begeleider van de organisatie GGD Fryslân, een maandelijks begeleider van de organisatie GGD Fryslân, een wetenschappelijke begeleider van de RUG en een SBP begeleider van de RUG (zie tabel 1).

Tabel 1: Supervisie van dit project

Naam	Instituut	Functie	Rol in de supervisie
Marijke Teeuw	GGD Fryslân	Teamcoach, epidemioloog, coördinator Academische Werkplaats Publieke Gezondheid	Dagelijks begeleider
Anneke Meijer	GGD Fryslân	Programmamanager Friese Preventieaanpak	Maandelijks contact
Jorien Zevenberg	Rijksuniversiteit Groningen, Science Business and Policy Master's richting	Coördinator en docent	SBP begeleider
Jocelien Olivier	Rijksuniversiteit Groningen	Adjunct hoogleraar	Wetenschappelijk begeleider

Disclaimer

This report has been produced in the framework of an educational program at the University of Groningen, the Netherlands, Faculty of Science and Engineering, Science Business and Policy (SBP) Curriculum. No rights may be claimed based on this report, other than described in the formal internship contract. Citations are only possible with explicit reference to the status of the report as a student internship product and written permission of the SBP staff.

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van mijn stage bij GGD Fryslân. Ik heb met plezier stage gelopen in de periode van 4 januari 2021 tot 25 juni 2021 bij GGD Fryslân. Vanwege de coronaomstandigheden heb ik de stage bijna volledig thuis uitgevoerd. Omdat de hele samenleving in een online werkritme zat, voelde ik mij alsnog deel van de ontwikkelingen in het werkveld. Dat kwam ook doordat ik bij meetings van mijn begeleider mocht komen en ik daar de ruimte voelde om mijn mening te delen.

Toch had mijn stageperiode er totaal anders uitgezien als er geen corona was. Maar dat is nu eenmaal niet anders. Voor u ligt een verslag waar ik trots op ben, mede omdat ik heb geleerd om te bedenken wanneer iets: 'goed genoeg' is. Mijn eigen grenzen bewaken vind ik lastig, maar ik heb daar tijdens deze stage zeker stappen in gezet.

Daarnaast, vond ik het een leuk onderwerp om mij in te verdiepen. Vooral het stukje van het ontwikkelen van een tool vanuit bestaande informatie vond ik erg leuk. Hoe zorg ik ervoor dat ik de kennis goed overbreng? Ik heb ook veel geleerd van het houden van interviews. Daardoor leerde ik veel over het werkveld maar ook over mijn stage onderwerp. Door de SBP stage, had ik te maken met veel verschillende invalshoeken. Dat vond ik erg interessant.

Nu is mijn stage alweer bijna ten einde. Wat is de tijd toch rap gegaan. Nog even en dan ben ik afgestudeerd. Mede dankzij deze stage heb ik er enorm veel vaardigheden, belangrijk voor in de toekomst, erbij gekregen. Dat ging niet zonder slag of stoot, maar is zeker iets waar ik trots op mag zijn, en dankbaar voor ben.

Tot slot, rest mij nog om u veel leesplezier te wensen tijdens dit verslag!

Dankwoord

Ik wil mijn begeleiders Marijke Teeuw, Anneke Meijer, Klaus Boonstra, Jorien Zevenberg en Jocelien Olivier in het speciaal bedanken voor de hulp die zij hebben geboden tijdens mijn stage.

Ik wil daarnaast de mensen bedanken van de netwerken waarbij ik de meetings mocht bij wonen, voor hun feedback en complimenten in Aletta Fryslân en in het programmateam van de Friese Preventieaanpak.

Verder wil ik ook de mensen bedanken die ik heb kunnen interviewen. Een paar voorbeelden: Gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân en medewerkers van het Kenniscentrum Sport- en bewegen, voor hun duidelijke uitleg en bekwaamheid. Het Centrum Gezond leven voor het interview over werkzame elementen. Als laatste wil ik de buurtsportcoaches bedanken voor hun betrokkenheid in de ontwikkeling van de tool voor werkzame elementen.

Bovendien wil ik ook Tessa van Goor en Iris Veenstra bedanken voor de fijne buddy momenten. Daarnaast ook stagiaires Channah Bellink, Hilde Bruggen en Dione Warrink voor de leuke werksessies op de locatie van de GGD Fryslân in Leeuwarden.

Daarnaast wil ik mijn familie bedanken: mijn vader, moeder, broer en zusje voor hun steun en vertrouwen in mij. Als laatste bedank ik God, voor deze stage plek waarin ik zoveel hebben mogen leren over mezelf en over het werkveld!

Management samenvatting

Dit adviesrapport is geschreven in opdracht van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Fryslân, die via de Friese Preventieaanpak (FPA) de lokale aanpak van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) wilt verbeteren.

Mensen met een lage SES hebben een onzekere plaats op de arbeidsmarkt, hebben een laag inkomen en een laag opleidingsniveau in vergelijking tot mensen met een hoge SES. Mensen met een lage SES leven gemiddeld zes jaar korter in vergelijking tot mensen van een hoger opleidingsniveau (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019; Stam et al., 2008). Wereldwijd neemt de prevalentie van niet-overdraagbare ziekten toe. Vooral mensen met een lage SES ervaren een verminderde gezondheid. Een ongezonde leefstijl is daarvan één van de oorzaken. Vanwege de coronapandemie die in 2019 wereldwijd uitbrak, is het voorkomen van ziekte middels een gezonde leefstijl nog belangrijker geworden.

De GGD Fryslân is in Friesland verantwoordelijk voor een deel van de publieke gezondheidszorg van de Friese burgers. In 2019 hebben de Friese gemeenten opdracht gegeven aan de GGD Fryslân om naar aanleiding van het Nationaal Preventieakkoord (NPA) de FPA te ontwikkelen. In het NPA staan afspraken om te streven naar een gezonder Nederland in 2040. De FPA is het Friese antwoord op het NPA. De ambitie van de FPA luidt: *‘Een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân.’* (GGD Fryslân, z.d.).

Door de brede aanpak, met aandacht voor achterliggende factoren wil de GGD Fryslân via de FPA extra aandacht geven aan de doelgroep van mensen met een lage SES. Met behulp van een leefstijlinterventie, kan een praktijkprofessional iemand helpen zijn/haar gezondheid te verbeteren. De GGD Fryslân wil door middel van de FPA kaders ‘weten wat werkt’, ‘delen wat werkt’ en ‘doen wat werkt’ beter gebruik maken van de kennis die er is over wat er werkt bij mensen met een lage SES. Deze kennis is er o.a. in de vorm van werkzame elementen. Werkzame elementen zijn onderdelen van de interventie die de interventie succesvol maken.

Er bestaan tools met informatie over werkzame elementen bij mensen met lage SES. Deze tools zien eruit als een soort checklist waarin naar voren komt wat in een interventie belangrijk is om de interventie aan te laten sluiten bij mensen met een lage SES. De bestaande tools sluiten onvoldoende aan bij de wensen van de GGD Fryslân en worden in geringe mate door praktijkprofessionals gebruikt. Om het onderzoek te kaderen, wordt er in dit onderzoek gefocust op sport- en beweeginterventies. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag:

- Hoe kan de GGD Fryslân via de FPA de kennis van werkzame elementen gebruiken om de lokale aanpak van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status beter te ondersteunen in de Friese gemeenten?

Mijn advies aan de GGD Fryslân bevat ten eerste, dat de gezondheidsbevorderaar belangrijk is in het overbrengen van het nut van de tool in het lokale netwerk van de gemeente. De gezondheidsbevorderaar zou goed kunnen uitleggen hoe de tool werkt. Ten tweede, is mijn advies aan de GGD Fryslân om goed te kijken hoe deze tool te promoten is. Ten derde, verzamel bij het gebruik van de tool ook praktijkvoorbeelden. Ten vierde, is het belangrijk om de tool te testen in een gemeente. Zo kan de tool gevalideerd worden als werkzaam. Ten vijfde, is mijn advies om de tool niet alleen te gebruiken bij erkende sport- en beweeginterventies, maar ook bij andere leefstijlinterventies en niet- erkende interventies. Ten zesde, is mijn advies om in ontwikkeling te blijven met de tool. Het is belangrijk om in de toekomst de nieuwe kennis over werkzame elementen te verwerken in de tool.

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van de tool is een literatuuronderzoek gedaan. Er zijn zeven thema's van werkzame elementen die gelden bij mensen met een lage SES: invloed van de doelgroep, inzetten op de motivatie van de deelnemers, inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers, inspelen op het groepsgevoel, vertrouwde omgeving, vervolgaanbod aanbieden en een goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Voor de implementatie en vorm van de tool zijn er interviews uitgevoerd om de tool aan te laten sluiten bij de behoeften van de FPA en de GGD Fryslân, maar ook bij de eindgebruikers. Er is een literatuuronderzoek gedaan naar de effecten van beweging en naar de relatie tussen een lage SES en gezondheidsproblemen. Bovendien is er een interne en externe analyse van het huidige beleid uitgevoerd door middel van interviews en literatuuronderzoek. Uiteindelijk wordt er een juiste vorm van de tool gekozen met behulp van een Multicriteria-analyse.

Inhoud

Voorwoord	2
Dankwoord	3
Management samenvatting	4
Hoofdstuk 1: Introductie	7
1.1 Context	7
Hoofdstuk 2: Projectdefinitie	8
2.1 Probleemdefinitie	8
2.2 Het project	10
2.3 Onderzoeksvragen	12
2.4 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 3: Wetenschappelijke analyse van sociaaleconomische gezondheidsverschillen	14
3.1 Definities van gezondheid	14
3.2 Prevalentie van mensen met een lage sociaaleconomische status	15
3.3 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	16
3.4 Achterliggende oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen	18
3.5 Conclusie en discussie	20
Hoofdstuk 4: Bewegen als mogelijke oplossing voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen	21
4.1 Acute reacties van bewegen op het lichaam	21
4.2 Langdurige effecten van bewegen op het lichaam bij sociaaleconomische gezondheidsproblemen	23
4.3 Conclusie en discussie	25
Hoofdstuk 5: Interne analyse van het huidige beleid	26
5.1 Interne analyse	26
5.2 Conclusie en discussie	28
Hoofdstuk 6: Analyse van het huidige beleid	29
6.1 Beleidsanalyse van het sport- en beweegbeleid in Friesland	29
6.2 Beleidsanalyse van de Friese Preventieaanpak	30
6.3 Externe analyse	32
6.4 Conclusie en discussie	33
Hoofdstuk 7: Tool om de implementatie en evaluatie van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES te verbeteren	34
7.1 Tool met werkzame elementen voor mensen met een lage SES	34
7.2 Integratie met behulp van een Multicriteria-analyse	35
7.3 Wetenschappelijke onderbouwing van de tool	36
7.3 Discussie en conclusie	38

Hoofdstuk 8: Conclusie onderzoek.....	39
Hoofdstuk 9: Discussie onderzoek	39
Hoofdstuk 10: Advies.....	42
Hoofdstuk 11: Implementatie	44
Bronvermelding.....	46
Appendix I: Checklist Kenniscentrum Sport & Bewegen.....	53
Appendix II: Onderbouwing van de integratie	53
Appendix III: Tool werkzame elementen voor mensen met een lage sociaaleconomische status.....	55
Appendix IV: Samenvattingen van interviews met actoren	60
Appendix V: Klankbord meeting.....	86
Vragensessie adviserende partij van de tool.....	86

Hoofdstuk 1: Introductie

In dit hoofdstuk zal u de context lezen van dit onderzoek.

1.1 Context

Een gezond en gelukkig leven is niet vanzelfsprekend. Decennialang neemt de prevalentie van niet-overdraagbare ziekten, zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, obesitas en kanker, wereldwijd toe. Vanaf de jaren 70 werd deze toename voornamelijk in westerse samenlevingen gezien, waardoor deze ziekten welvaartsziekten werden genoemd (NCD Risk Factor Collaboration; 2016; Danaei et al., 2011). Maar vanaf de jaren 2000 is de toename van niet-overdraagbare ziekten ook in ontwikkelingslanden te zien (Alwan et al., 2010). De toename van niet-overdraagbare ziekten heeft meerdere factoren ten grondslag. Deze factoren zijn onder andere: globalisatie, verstedelijking, de groei van supermarkten, een zittende leefstijl van de mens en de toegenomen automatisering van dagelijkse gebruiken (Wagner, 2012). In 2016 is 71% van het totale aantal overledenen wereldwijd te wijden aan niet-overdraagbare ziekten (World Health Organization, 2020). De kosten ten gevolge van niet-overdraagbare ziekten zijn enorm (Muka et al., 2015). Sinds de jaren 2000 ontstaan er wereldwijde initiatieven om de toename van niet-overdraagbare ziekten tegen te gaan. Helaas is het succes van deze initiatieven sinds 2010 gestagneerd. Ook al neemt het percentage mensen dat rookt wereldwijd af, risicofactoren zoals overgewicht en alcoholconsumptie nemen in de meeste landen toe.

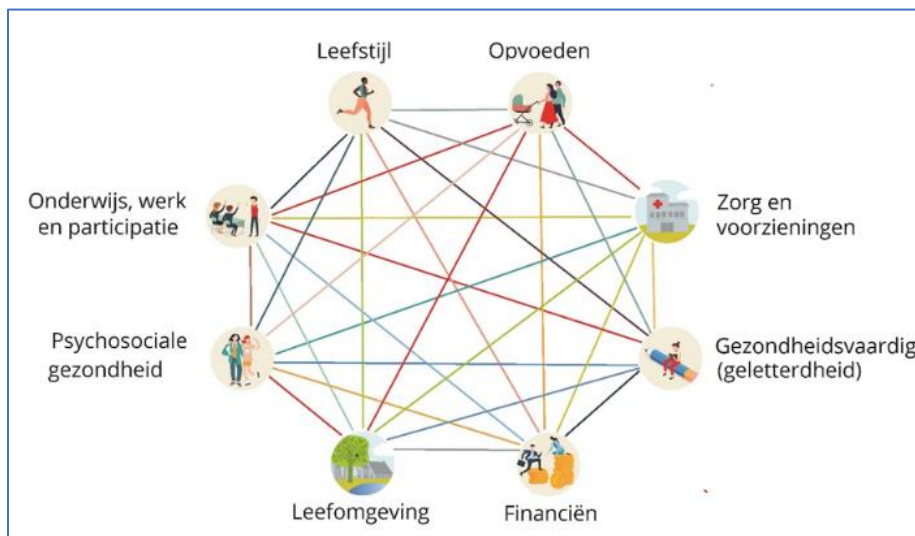
Met de coronapandemie die in 2020 wereldwijd is uitgebroken, is het probleem van niet-overdraagbare ziekten nog groter geworden. Mensen met niet-overdraagbare ziekten zoals diabetes of hypertensie zijn kwetsbaarder om te overlijden of erg ziek te worden van het coronavirus. Dit maakt het voorkomen van niet-overdraagbare ziekten in de toekomst nog belangrijker dan het al was (World Health Organisation, 2020). In Nederland nemen niet-overdraagbare ziekten ook toe. In 1990 had een derde van de volwassenen matig of ernstig overgewicht. In 2019 is dit aantal gestegen tot de helft van alle volwassenen. Het aantal nieuwe gevallen van kanker is ook sinds 1990 gestegen in Nederland (volksgezondheidszorg, 2021).

De gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in Friesland is verantwoordelijk voor een deel van de publieke gezondheidszorg van de Friese burgers. De publieke gezondheidszorg houdt in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de inwoners in Nederland. Taken zijn onder andere: signaleren, advies geven en bewaken van de publieke gezondheid (GGD Fryslân, z.d.). Onder de provinciale taak van gezondheidsbevordering worden er verschillende programma's opgezet die provinciaal een functie dienen op het thema Leefstijl, aangezien er een relatie is tussen een gezonde leefstijl en een goede gezondheid (Kramer, 2020). In 2019 hebben de Friese gemeenten opdracht gegeven aan de GGD Fryslân om naar aanleiding van het Nationaal Preventieakkoord (NPA) de Friese Preventieaanpak (FPA) te ontwikkelen. In het NPA zijn er drie doelen opgesteld: het terugdringen van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. In 2040 moeten deze doelen zijn behaald (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018).

De GGD Fryslân is met de Friese gemeenten en partners zoals de zorgverzekeraar De Friesland, de initiator van de FPA. De ambitie van de FPA luidt: *'Een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân.'* De FPA wil via een integrale aanpak aandacht geven aan preventie, waarbij preventie breed wordt gezien: 'van voorkomen dat' tot 'voorkomen van erger'. Het is een levensloop aanpak waarbij er aandacht is voor achterliggende factoren zoals leefstijl, leefomgeving, opvoeding, financiële situatie, zorg en voorzieningen (zie figuur 1). Daarbij wordt er ook goed gekeken naar het aanbod voor jong tot oud. Er wordt o.a. gestreefd naar meer samenhang tussen

bestaande programma's, om zo te komen tot meer efficiëntie in de lokale aanpak in Friesland (Friese Preventieaanpak, 2021).

Als we kijken naar het lokale netwerk van een gemeente, heeft iedere gemeente een netwerk van praktijkprofessionals, zorgprofessionals, buurtsportcoaches, gezondheidsbevorderaars, adviseurs publieke gezondheid, het welzijnswerk en betrokken inwoners. Dit netwerk is belangrijk voor de lokale uitvoering van de gezondheidsprogramma's. De FPA is bedoeld om deze lokale aanpak in gemeenten te versterken, waarbij de FPA focust op het 'weten wat werkt', 'doen wat werkt' en 'delen wat werkt'.



Figuur 1: De acht achterliggende factoren waarop de FPA zich focust.

De acht achterliggende factoren waarmee de FPA rekening mee houdt zijn: leefstijl, opvoeden, zorg en voorzieningen, gezondheidsvaardig, financiën, leefomgeving, psychosociale gezondheid en onderwijs, werk en participatie. De gekleurde lijnen geven aan dat alle domeinen met elkaar in verband staan, want het is nodig om met een integrale aanpak op alle domeinen in te werken om gezondheidswinst te behalen in de Friese bevolking. Bron: Friese Preventieaanpak, 2021.

Hoofdstuk 2: Projectdefinitie

In het vorige hoofdstuk is de context naar voren gekomen van dit onderzoek. In het volgende hoofdstuk zal het probleem in deze context nog meer worden toegelicht. Verder zal het project worden toegelicht. Daarnaast wordt uitgelegd waar in de beleidskring dit project zich bevindt. Als laatste worden de onderzoeksvragen en deelvragen van dit onderzoek besproken.

2.1 Probleemdefinitie

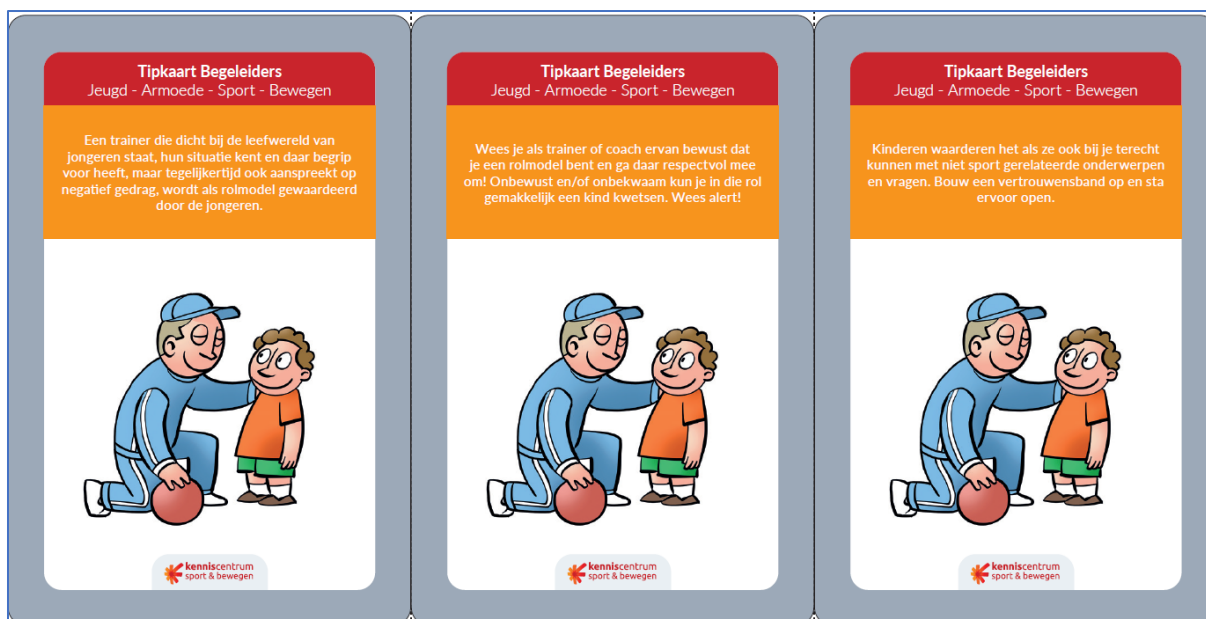
Vooral mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) ervaren een verminderde gezondheid en levensverwachting. Er zijn verschillende definities voor het begrip SES. De meest gehanteerde definitie is: de weerspiegeling van iemands plaats op de arbeidsmarkt, iemands inkomen en iemands opleidingsniveau. Meestal wordt bij de weergave van SES één van deze drie variabelen genomen als indicator. In de Gezondheidsmonitor van de GGD Fryslân in 2016, is dit bijvoorbeeld alleen het opleidingsniveau (GGD Fryslân, 2016). Naast deze meest gehanteerde definitie van het begrip SES, bestaat ook een andere redenering. Deze komt van een interview met een professor gespecialiseerd in gezondheidspsychologie, waarin SES wordt omschreven als: *'de kans op toegang tot maatschappelijk gewaardeerde uitkomsten: geld en sociale status.'* (Appendix IV.1). Hierbij wordt beargumenteerd dat er in iedere samenleving altijd een groep moet zijn met een lagere SES, ongeacht hoe welvarend het land is. De theorie hierbij is: er is altijd een groep die minder kans heeft op toegang tot maatschappelijk gewaardeerde uitkomsten. Deze verschillen tussen groepen binnen een

samenleving zijn relatief en niet absoluut. Mensen die behoren tot de lage sociale klasse in een samenleving, behoren vaak structureel tot deze groep. Een derde verklaring voor het begrip SES, neemt naast het opleidingsniveau, inkomen en plaats op de arbeidsmarkt, nog meer factoren in rekening. Er wordt beargumenteerd dat alleen deze drie factoren een te summiere verklaring zijn. Afkomst, geslacht en huidskleur hebben ook invloed op de SES (Krieger et al., 1997). Mensen van een lager opleidingsniveau leven gemiddeld zes jaar korter in vergelijking tot mensen van een hoger opleidingsniveau (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019; Stam et al., 2008). Hiervoor zijn verschillende oorzaken, waarvan leefstijlgedragingen één van de oorzaken is, maar niet de enige oorzaak (Lantz et al., 1998).

Door de brede aanpak, met aandacht voor achterliggende factoren wil de GGD Fryslân via de FPA extra aandacht geven aan de doelgroep van mensen met een lage SES, omdat daar het meeste gezondheidswinst te behalen valt. In Nederland zijn er initiatieven om mensen te helpen met een verminderde gezondheid. Helaas werken deze initiatieven vaak wel bij mensen met een hoge SES, maar niet bij mensen met een lage SES (Bukman, 2016; Lantz et al., 2005; Ballering et al., 2013; Kessing et al., 2013; Liu et al., 2012; Thabane et al., 2010). Onder deze initiatieven om mensen te helpen met hun gezondheid, bestaan erkende en niet-erkende leefstijlinterventies. Bij een erkende interventie heeft een erkenningscommissie oordeel gegeven over de effectiviteit van een interventie op basis van effectstudies (Appendix IV.3). Een niet-erkende leefstijlinterventie heeft geen oordeel gekregen van de erkenningscommissie. Een mogelijk risico bij het werken met erkende interventies, is dat er door professionals vanuit wordt gegaan dat deze interventie altijd werkt, omdat het een erkende interventie is. Maar, het is altijd de bedoeling dat een erkende interventie wordt aangepast aan de lokale setting (Loketgezondleven, z.d.). Dit wordt in de praktijk niet altijd gedaan, mede omdat het onbekend is hoe dit zou moeten (Appendix IV.4).

De FPA wil de Friese gemeenten ondersteunen om op het gebied van preventie te ‘weten wat werkt’, ‘delen wat werkt’ en ‘doen wat werkt’. Op het vlak ‘weten wat werkt’ bij mensen met een lage SES, zouden werkzame elementen kunnen helpen. Een werkzaam element is een onderdeel van de interventie die de interventie succesvol maakt (Wartna et al., 2012; van Dale et al., 2015; Loketgezondleven, z.d.). Het is volgens het Centrum Gezond leven (CGL), de bedoeling om werkzame elementen in te zetten om de erkende interventie goed aan te passen aan de lokale setting (Loketgezondleven, z.d.).

Er is onderzocht welke werkzame elementen er gelden in erkende leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Vanuit het onderzoek naar werkzame elementen voor mensen met een lage SES zijn verschillende tools ontstaan. Een dergelijke tool kan eruit zien als een soort checklist, waarbij wordt aangegeven waarop moet worden gelet om de interventie goed aan te laten sluiten bij mensen met een lage SES. Een voorbeeld is de checklist van het Kenniscentrum Sport & Bewegen, met de daarbij behorende tipkaarten. De checklist is ontwikkeld om een beweeginterventie aan te laten sluiten bij kinderen uit arme gezinnen (zie appendix I). De tipkaarten geven strategieën om in te spelen op de werkzame elementen (zie figuur 2). In de praktijk worden voornamelijk de tipkaarten gebruikt, waarbij niet bekend is dat de tipkaarten horen bij de werkzame elementen. Bovendien is deze checklist met bijbehorende tipkaarten ontwikkeld voor jeugd en beweeginterventies, dus niet voor alle leefstijlinterventies en niet voor alle leeftijdsgroepen (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.).



Figuur 2: Voorbeelden van tipkaarten geleverd door het Kenniscentrum Sport & Bewegen

In totaal zijn er 48 tipkaarten aan te vragen op de website van het Kenniscentrum Sport & Beweging. Dit zijn strategieën die horen bij de werkzame elementen geldend in sport- en beweeginterventies voor kinderen in arme gezinnen. Bron: Kenniscentrum Sport & Beweging, z.d.

De FPA heeft behoefte aan een tool met werkzame elementen voor mensen met een lage SES die gelden voor alle leefstijlinterventies en voor alle leeftijdsgroepen. Een voorbeeld hiervan is de tool van Pharos. Pharos is een landelijk expertisecentrum dat bedraagt aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (De Been, Van den Muijsenbergh, Duijnhoven; 2018). GGD Fryslân is nieuwsgierig of deze checklist eenvoudiger kan en daardoor makkelijker te gebruiken is door praktijkprofessionals.

Er bestaan verschillende soorten erkende leefstijlinterventies. Voor veel leefstijlthema's is er een aandachtfunctionaris binnen de gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân actief. GGD Fryslân geeft aan dat er geen aandachtfunctionaris specifiek is op het thema bewegen. Verder zijn de meeste onderzoeken binnen het gebied van leefstijl op andere thema's uitgevoerd dan sport- en bewegen. GGD Fryslân geeft aan dat er op dit gebied meer kennis vergaard kan worden (Appendix IV.13). Het is dus zaak om te onderzoeken hoe werkzame elementen in de vorm van een tool kunnen bijdragen aan het verbeteren van de toepassing en aanpassing van sport en beweeginterventies voor mensen met een lage SES.

2.2 Het project

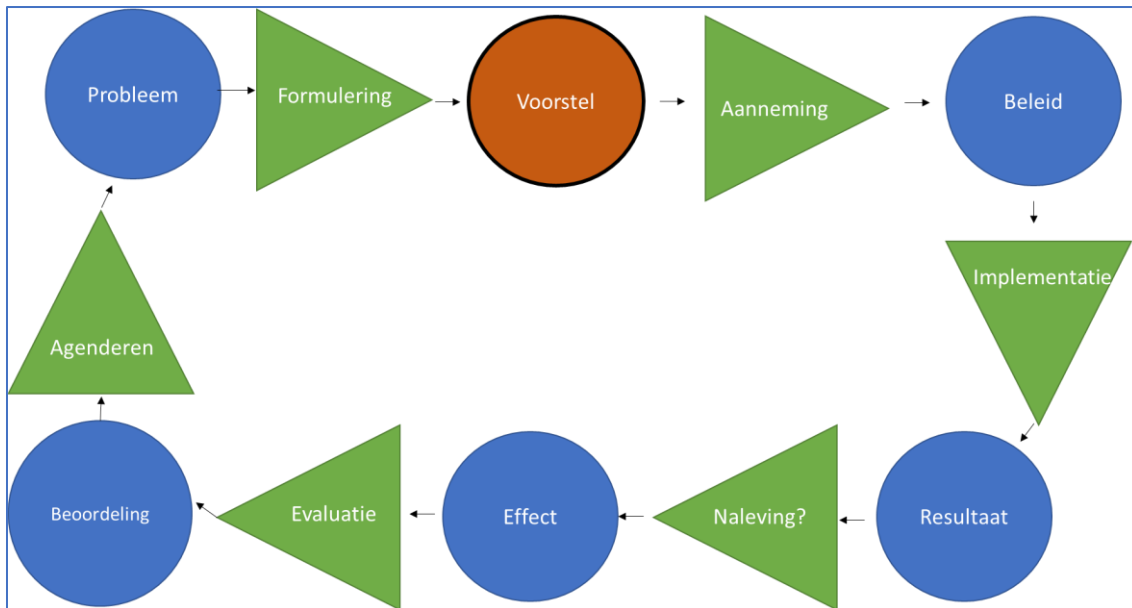
Tijdens dit project zal er een tool ontwikkeld worden die praktijkprofessionals kan helpen om een leefstijlinterventie in te richten op mensen met een lage SES. Deze tool kan ingezet worden bij erkende leefstijlinterventies, maar ook bij niet-erkende leefstijlinterventies. Deze tool helpt om de werkzame elementen voor mensen met een lage SES te gebruiken in een (erkende) leefstijlinterventie. In eerste instantie zal het onderzoek gedaan worden met de focus op sport- en beweeginterventies, maar deze tool kan ook toegepast worden op andere leefstijlinterventies. Door middel van interviews met stakeholders en eindgebruikers wordt er bepaald hoe de tool eruit zal zien. De tool wordt door mij ontworpen met behulp van het programma PowerPoint. Het is de bedoeling om de tool aan te laten sluiten bij de behoeften van de FPA en de GGD Fryslân, maar ook bij de eindgebruikers, zoals buurtsportcoaches. De tool zal wetenschappelijk onderbouwd worden. Er

zal ook een literatuuronderzoek worden gedaan naar de effecten van beweging tijdens dit onderzoek. Daarnaast zal er een literatuuronderzoek worden gedaan naar de relatie tussen een lage SES en gezondheidsproblemen. Bovendien zal er een interne en externe analyse van het huidige beleid worden uitgevoerd door middel van interviews en literatuuronderzoek. Uiteindelijk wordt er een juiste vorm van de tool gekozen met behulp van een Multicriteria-analyse. Zie voor een uitgebreide weergave van doelen en methodes tabel 2.

Tabel 2: Doelen en bijbehorende methodes tijdens dit onderzoek.

Doel	Methode
Wetenschappelijk (1): Een beeld geven van demografische verschillen in gezondheid in Friesland, kijkend naar lage en hoge SES. Een goede definitie geven van sociaal economische status.	Gesprekken met de epidemiologen van de GGD Fryslân, het bekijken van de gezondheidsmonitor van 2016, Fries Sociaal Planbureau, waarstaategemeente.nl , CBS statistieken, RIVM – volksgezondheid.org
Wetenschappelijk (2): Relatie tussen lage SES en gezondheidsverschillen onderzoeken. De rol van beweging op gezondheid in kaart brengen. Onderzoeken wat de biologische mechanismen zijn bij lage-SES geïnduceerde chronische stress in relatie tot sport en bewegen.	Literatuuronderzoek, gesprekken met professoren gespecialiseerd op deze gebieden.
Beleid: De werkzame elementen van erkende sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES analyseren en onderzoeken of de werkzame elementen worden toegepast in erkende sport- en beweeg interventies in Friesland.	Literatuuronderzoek. Gesprekken met praktijkprofessionals en buurtsportcoaches. Er wordt een schematische weergave gemaakt van het interventiepunt in het huidige beleid.
Intern/extern: Onderzoeken hoe werkzame elementen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de toepassing en aanpassing van erkende sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES.	Gesprekken met verschillende belanghebbenden binnen en buiten de GGD. Voor de externe analyse wordt een invloed/belang matrix gemaakt.
Implementatie: Een tool ontwikkelen voor de verbetering van de toepassing en aanpassing van werkzame elementen in sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES. Een stappenplan maken en een advies.	Gesprekken met communicatie adviseurs. Een middelen-doelen boom maken. De tool wordt gemaakt in het programma PowerPoint.
Integratie: afwegingen maken voor de juiste tool en uitvoering.	Multicriteria-analyse

Mijn project is in de voorstelfase van de beleidscyclus, wat in figuur 3 wordt weergegeven als: voorstel. Het probleem is geconstateerd en geformuleerd. Dit onderzoek is er om mogelijke oplossingen te onderzoeken. Uiteindelijk zal hier een voorstel uit voortvloeien. Dit voorstel zal eruit zien als een advies met een implementatieplan. De ontworpen tool zal hierbij geleverd worden.



Figuur 3: Beleidsциkel.

De driehoeken zijn processen, de cirkels zijn elementen. Mijn project is in de voorstelfase, in het figuur aangegeven in het rood met een zwarte rand. Het probleem is geconstateerd en geformuleerd. Dit onderzoek is er om mogelijke oplossingen te onderzoeken. Bron: eigen product.

2.3 Onderzoeksvragen

Hieronder zal ik toelichten welke hoofdvraag ik wil beantwoorden in mijn onderzoek en zal ik uitleggen welke deelvragen bij deze hoofdvraag passen per domein: bèta, intern, extern en tot slot beleid.

Hoofdvraag

Hoe kan de GGD Fryslân via de FPA de kennis van werkzame elementen gebruiken om de lokale aanpak van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status beter te ondersteunen in de Friese gemeenten?

Deelvragen

Bèta

- Wat betekent het begrip: gezondheid?
- Welke factoren spelen een rol in de relatie tussen sociaaleconomische status en gezondheid?
- Wat is de rol van bewegen op gezondheid, met name bij lage SES geïnduceerde gezondheidsproblemen?

Beleid: intern

- Hoe is de GGD Fryslân georganiseerd?
- Welke afdelingen zijn waarvoor verantwoordelijk?

Beleid: extern

- Welke actoren spelen een rol bij de ontwikkeling, implementatie, uitvoering en evaluatie van interventies?

Beleid

- Wat is het huidige beleid rondom sport- en beweeginterventies?

- Wat is er bekend over werkzame elementen bij mensen met een lage SES en de toepassing hiervan?
- Hoe zouden werkzame elementen praktijkprofessionals kunnen helpen om de interventies en activiteiten beter te laten aansluiten bij mensen met een lage SES?

2.4 Leeswijzer

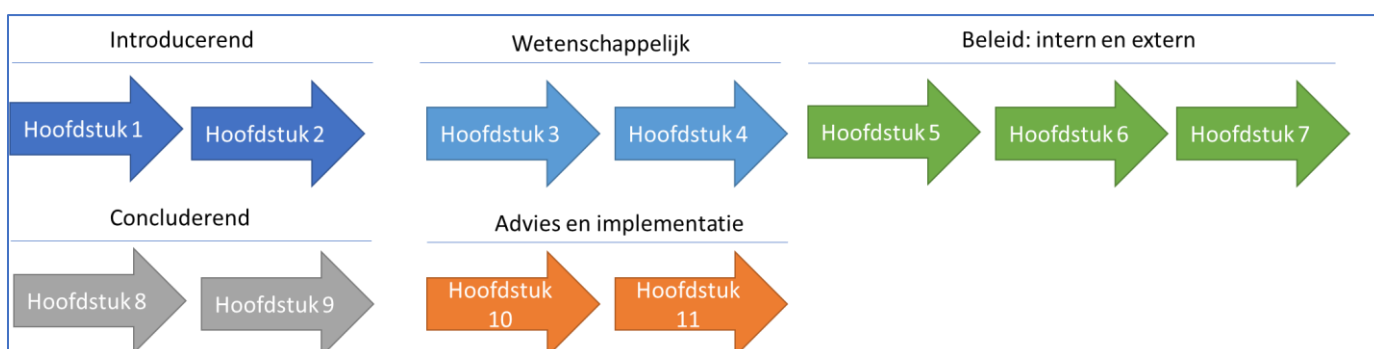
In deze paragraaf wordt uitgelegd hoe de hoofdstukken in verhouding staan tot elkaar. Tot het introducerende stuk horen de hoofdstukken 1 en 2 (zie figuur 4). In hoofdstuk 1 wordt de context van dit onderzoek uiteengezet. Hoofdstuk 2 bevat een project definitie.

In de vorige paragraaf van hoofdstuk 2 is uitgelegd welke hoofdvraag wordt beantwoord in dit onderzoek. Daarbij zijn ook deelvragen gegeven. Deze deelvragen zullen in het middenstuk van dit verslag worden beantwoord.

Het middenstuk bestaat uit een wetenschappelijke analyse en een beleidsanalyse, onderverdeeld over de hoofdstukken 3, 4, 5, 6 en 7. De wetenschappelijke deelvragen zullen worden beantwoord in hoofdstuk 3 en 4, de beleidsdeelvragen in hoofdstuk 5, 6 en 7. Hoofdstuk 3 bevat een wetenschappelijke analyse van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hoofdstuk 4 gaat in op bewegen als een mogelijke oplossing voor sociaal economische gezondheidsverschillen. In hoofdstuk 4 worden eerst de acute reacties van beweging op het lichaam omschreven en verder worden de langdurige effecten beschreven bij sociaal economische gezondheidsverschillen. Hoofdstuk 5 zal volledig bestaan uit een interne analyse van de GGD Fryslân, en hoofdstuk 6 zal een paragraaf bevatten met een externe analyse. Verder zullen de algemene beleidsdeelvragen worden beantwoord in de hoofdstukken 6 en 7, waarvan hoofdstuk 6 focust op het weergeven van het huidige beleid en hoofdstuk 7 focust op de ontwikkeling van de tool. Ieder hoofdstuk in het middenstuk zal een kleine discussie en conclusie bevatten aan het einde van het hoofdstuk.

De hoofdstukken 8, 9, 10 en 11 zijn afrondende hoofdstukken. Hoofdstuk 8 bevat een conclusie en hoofdstuk 9 een discussie van dit gehele onderzoek. Hoofdstuk 10 bevat een advies gericht aan de GGD Fryslân en hoofdstuk 11 bevat een implementatie van dit advies.

Allereerst is er in het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 3, een wetenschappelijke analyse van sociaaleconomische gezondheidsverschillen te vinden.



Figuur 4: Leeswijzer

In dit figuur is de volgorde van hoofdstukken weergegeven met kleuren en pijlen. Zo is het duidelijk welke hoofdstukken bij elkaar horen. Bron: eigen product.

Hoofdstuk 3: Wetenschappelijke analyse van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

In dit hoofdstuk vindt u een wetenschappelijke literatuur analyse van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hierin zal eerst worden gekeken naar definities van gezondheid, vervolgens naar de prevalentie van mensen met een lage sociaaleconomische status in Nederland en als allerlaatst worden een aantal sociaaleconomische gezondheidsproblemen die voorkomen in Friesland besproken. De laatste paragraaf zal een discussie en conclusie bevatten van hoofdstuk 3. Vragen die in dit hoofdstuk beantwoord zullen worden zijn:

- a) Wat betekent het begrip: gezondheid?
- b) Wat is de prevalentie van mensen met een lage sociaaleconomische status in Friesland ten opzichte van Nederland?
- c) Welke sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn er in Friesland?
- d) Welke factoren spelen een rol in de relatie tussen sociaaleconomische status en gezondheid?

Om deze vragen te beantwoorden, heb ik een literatuuronderzoek gedaan. Verder heb ik een interview gehad met Professor gespecialiseerd in gezondheidspsychologie (Appendix IV.1)

3.1 Definities van gezondheid

Definitie volgens het WHO

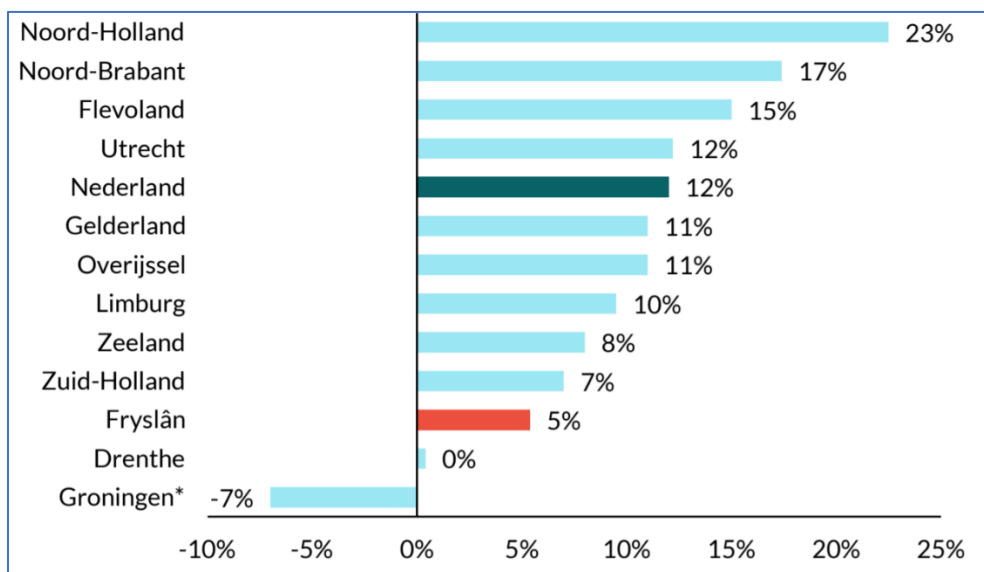
De definitie van gezondheid volgens de WHO ('World Health Organisation') is vertaald vanuit het Engels: *'de staat van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek'*. Deze definitie van gezondheid was geformuleerd in 1948, en was vernieuwend, omdat het niet alleen gezondheid definieert als de afwezigheid van ziekte, maar daarnaast ook focust op de fysieke, mentale en sociale domeinen van het leven (Conference, 2002). Aan de andere kant, heeft het in de loop der jaren ook veel kritiek ontvangen. Het maakte de staat van gezondheid een ongrijpbaar doel wat haast niemand kon bereiken, omdat iedereen wel fysieke, mentale of sociale gebreken kent en daarmee dus door middel van deze definitie als ongezond wordt bestempeld.

Positieve gezondheid

Behalve deze definitie van gezondheid, bestaat er sinds 2011 nog een andere definitie van gezondheid. Deze luidt: *'Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en om zelf-regie te voeren in het licht van fysieke, mentale en sociale uitdagingen.'* (Huber, 2011). Deze definitie wordt tegenwoordig ook veel aangeduid met het begrip: *'Positieve gezondheid.'* De GGD Fryslân richt zich op deze definitie, aangezien het meer de aandacht vestigt op het vermogen van mensen om gezondheid zelf te kunnen bereiken in iedere situatie (GGD Fryslân, z.d.). De ambitie van de FPA sluit hier ook op aan: *'Een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân.'* Deze ambitie is ook gebaseerd op de principes van positieve gezondheid. Tot op heden is deze definitie van gezondheid moeilijk te meten in populatieonderzoek (Selzener, z.d.). Volgens de definitie van positieve gezondheid zijn er zes indicatoren van gezondheid: lichaamsfunctie, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van het leven, meedoen in de samenleving en dagelijks functioneren. Wanneer er wordt gefocust op positieve gezondheid bij een behandeling of interventie, wordt er gekeken per domein waarin iemand stappen zou kunnen zetten en wat voor iemand zelf belangrijk is. Hierbij wordt de vraag gesteld: *'wat wil jij?'* (Institute for positive health, z.d.).

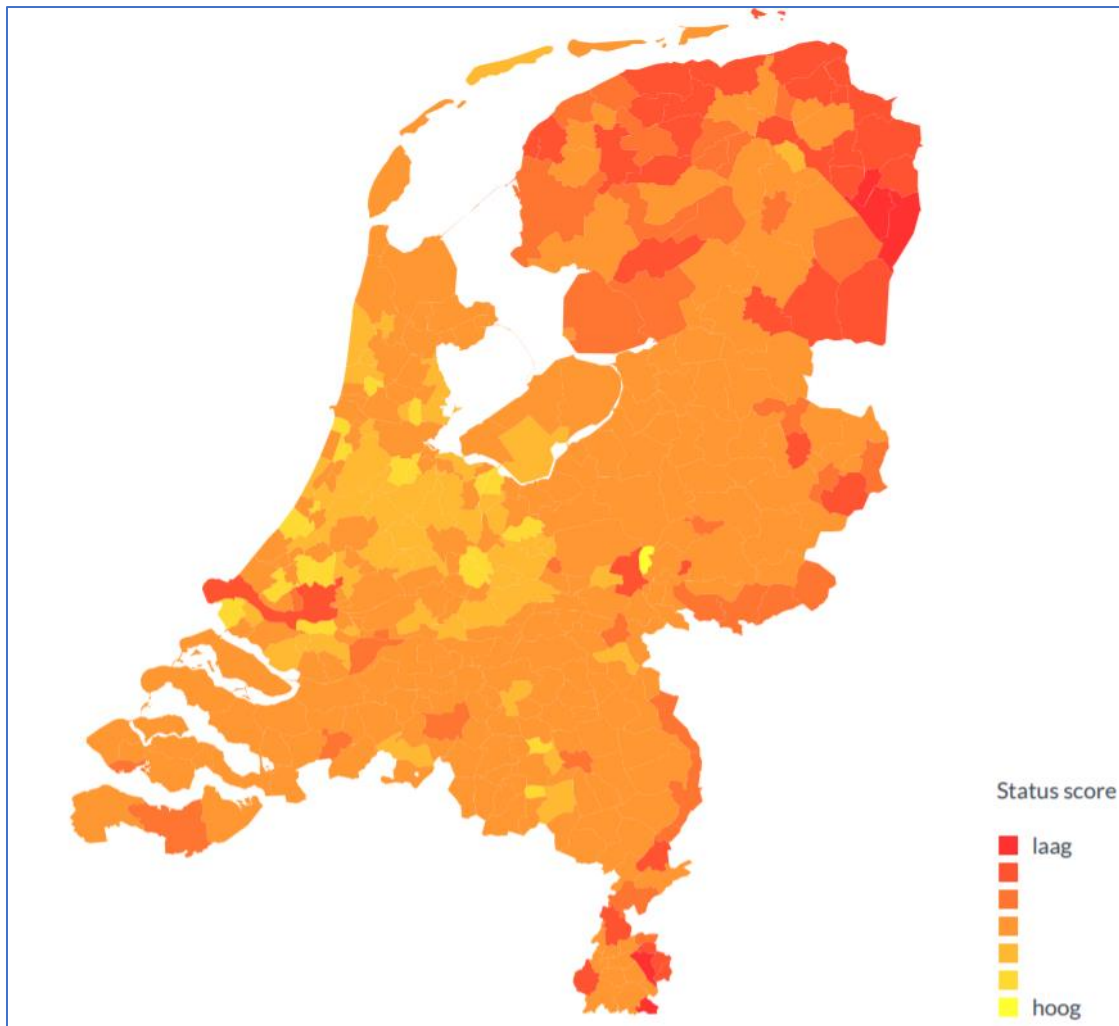
3.2 Prevalentie van mensen met een lage sociaaleconomische status

In het noorden van Nederland wonen de meeste mensen met een lage sociaaleconomische status in vergelijking met andere delen van Nederland. In figuur 5 ziet u wat de totale groei van het bruto binnenlands product is per provincie in de periode van 2008 – 2019. De gegevens komen van het Centraal Bureau van de Statistiek en zijn bewerkt door het ING Economisch bureau (Fries sociaal planbureau, 2019). Het bruto binnenlands product zegt iets over de economische ontwikkeling. Doordat de economische ontwikkeling in vergelijking met andere provincies in Nederland achterblijft in Friesland, is er ook gemiddeld minder economische welvaart per inwoner in Friesland. Dit kan effect hebben op het aantal mensen dat een lage SES heeft binnen de provincie, omdat het de kans op welvaart verlaagt. Daarnaast ziet u in figuur 6 de SES berekend op basis van het gemiddelde inkomen, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laagopgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Hier ziet u dat de SES in het Noorden lager is dan in de rest van Nederland.



Figuur 5: Totale groei bbp per provincie

Totale groei bruto binnenlands product per provincie in de periode van 2008 – 2019 (FSP, 2019). *inclusief gaswinning.



Figuur 6: Sociaaleconomische status per gemeente in 2017

Sociaaleconomische status per gemeente in 2017 (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019), bewerking Fries sociaal plan bureau (Fries sociaal plan bureau, 2019).

3.3 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

In dit hoofdstuk is gekozen om een aantal sociaal economische gezondheidsverschillen in Friesland toe te lichten, zoals: depressie, angst, regie over het eigen leven en overgewicht. Dit zijn niet de enige sociaaleconomische gezondheidsproblemen. Er is ook verschil in leefstijlgedragingen, mensen van een lage SES roken vaker bijvoorbeeld (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Daarnaast komen sommige ziektes ook vaker voor bij mensen met een lage SES, zoals bijvoorbeeld diabetes (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018).

Depressie

Het ziektebeeld van depressie wordt in het Engels omschreven als Major Depressive Disorder (MDD). Symptomen van depressie zijn onder andere een constante sombere stemming, verlies van interesse of plezier, weinig energie, verstoringen in slaap en eetgedrag en cognitieve tekortkomingen. Voor een diagnose van depressie, moeten de volgende 2 symptomen in ieder geval voor minstens 2 weken aanwezig zijn: sombere stemming en verlies van plezier in activiteiten, ook wel anhedonie genoemd (American Psychiatric Association, 2014). Gemiddeld duurt een periode van depressie 2 jaar, maar er zijn ook mensen die een chronische variant van depressie hebben (Bear et al., 2007). Kijkend naar de determinant opleidingsniveau hebben een hoger risico om een depressie te ontwikkelen ten opzichte

van mensen van een hoge SES (zie tabel 3). In deze tabel wordt met een lager onderwijsniveau bedoeld: geen opleiding, lager of voorbereidend beroepsonderwijs en middelbaar algemeen voortgezet onderwijs. Onder hoger onderwijs wordt hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs verstaan. Deze resultaten zijn in overeenstemming met andere studies, die aantonen dat het risico op depressie hoger ligt bij mensen met een lage SES (Kahn et al., 2000; Cuijpers & Smit, 2004; van der Waerden et al., 2013).

Angst

Er bestaan verschillende soorten angststoornissen. Angststoornissen die in Nederland het meeste voorkomen zijn de specifieke fobie (ook wel enkelvoudige fobie) en de sociale fobie, maar de gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis komen ook voor (volksgezondheidszorg, 2011). Bij een specifieke fobie heeft iemand een angst voor bepaalde objecten of situaties, waardoor deze vermeden worden. Bij een sociale fobie heeft iemand angst voor sociale gelegenheden. Verder, bij de gegeneraliseerde angststoornis maakt de persoon zich overmatig zorgen over dagelijkse dingen. Een paniekstoornis is een stoornis waarbij paniekaanvallen regelmatig terugkomen, maar zonder een duidelijke trigger. Er is ook een continue angst voor de paniekaanval, omdat het niet aan te voelen is wanneer de paniekaanvallen komen. Hierop past de persoon met een paniekstoornis zijn of haar gedrag aan. Angststoornissen hebben een negatieve impact op de kwaliteit van het leven en beïnvloeden het dagelijks functioneren (American Psychiatric Association, 2014; Substance & Mental, 2016). Angststoornissen komen vaker voor bij vrouwen dan mannen (volksgezondheidszorg, 2018). Het risico voor het oplopen van een angststoornis ligt in Friesland significant hoger voor mensen die een lager onderwijs gevolgd hebben in vergelijking tot mensen die hoger onderwijs gevolgd hebben (tabel 3). Angststoornissen gaan vaak samen met depressie, vooral bij mensen met een lage SES (Choi et al., 2020).

Regie over eigen leven

Wanneer men het heeft over de eigen regie over het leven, bedoeld men dat mensen eigen beslissingen kunnen nemen en daarvoor ook de verantwoordelijkheid kunnen dragen (Brink en Van der Veen, 2013; Actiz, 2014). Mensen in Friesland met een lager onderwijsniveau, hebben het gevoel minder hun regie te hebben over hun eigen leven in vergelijking tot mensen met een hoger onderwijsniveau (tabel 3). Ook mensen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn, is het aantal mensen met onvoldoende regie over hun eigen leven hoger in vergelijking tot mensen met een andere arbeidssituatie (GGD Fryslân, 2016).

Overgewicht en obesitas

Bij matig overgewicht hebben mensen een Body Mass Index (BMI) tussen de 25 en 30, en bij ernstig overgewicht hebben mensen een BMI die 30 is of hoger. Wanneer iemand ernstig overgewicht heeft, dan heeft deze persoon de ziekte obesitas (National Institutes of Health, 2000; Benn, 1970). Obesitas is een ziekte waarbij iemand teveel overtollig vet heeft. Er bestaat wit vetweefsel en bruin vetweefsel. Mensen met obesitas hebben teveel wit vetweefsel. Wit vetweefsel is niet alleen verantwoordelijk voor energieopslag, maar het is ook een endocrien orgaan. Dat betekent dat het stoffen uitscheidt zoals hormonen, cytokines en eiwitten. Cytokines zijn belangrijke stoffen voor het immuun respons. Wanneer iemand obesitas heeft, is de uitscheiding van deze stoffen voortdurend verstoord. Het wit vetweefsel is ontstoken doordat er teveel pro-inflammatoire cytokines worden uitgescheiden. In de normale situatie scheidt wit vetweefsel ook hormonen uit die belangrijk zijn voor de energiehuishouding, zoals leptine en insuline (Gómez-Hernández et al., 2016). Bij mensen met obesitas wordt er teveel leptine (belangrijk voor hongergevoel) en insuline (belangrijk voor bloedsuikerspiegel) gemaakt vanwege het hoge aantal vetcellen dat deze stoffen uitscheidt.

Daardoor zijn de receptoren voor leptine en insuline minder gevoelig geworden. Wanneer een receptor voor leptine minder gevoelig is, blijft iemand het gevoel houden dat hij/zij honger heeft. Doordat receptoren voor insuline minder gevoelig worden, kan er diabetes type II ontstaan (Myers et al., 2010). Andere complicaties ten gevolge van obesitas zijn cardiovasculaire ziekten, ontsteking van de gewrichten en kanker (Conway & Rene, 2004). Volgens de Gezondheidsmonitor in 2016, hebben mensen in Friesland met een lager onderwijsniveau vaker matig of ernstig overgewicht ten opzichte van mensen met een hoger onderwijsniveau (tabel 3).

Sport en bewegen

In 2017 is een nieuwe norm voor gezond bewegen opgesteld (Gezondheidsraad, 2017). De meest recente gegevens over beweeggedrag in Friesland zijn gebaseerd op de ze Gezondheidsmonitor van 2016. Deze analyse gaat nog uit van de oude beweegnorm. De nieuwe gegevens over hoeveel mensen in Friesland bewegen komen uit in 2022, deze gegevens zijn bepaald met de nieuwe beweegnorm. Om een beeld te schetsen van hoeveel mensen bewegen in Friesland, wordt in dit onderzoek de oude beweegnorm gebruikt met de Gezondheidsmonitor van 2016. Belangrijk om op te merken, is dat mensen met een lager opleidingsniveau minder vaak lid zijn van een sportvereniging en ook minder vaak behoren tot de groep die meer dan 12 keer per jaar sport. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat fysieke inactiviteit vaker voorkomt bij mensen met een lage SES (Volaco et al., 2018).

Tabel 3: Risico's voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen

In deze tabel wordt een deel van de uitslagen van de Gezondheidsmonitor 2016 weergegeven. Er is een significant verschil tussen de uitslagen resultaten van mensen van een lager onderwijsniveau ten opzichte van mensen van een hoger onderwijsniveau (dikgedrukt). Onder een lager onderwijsniveau valt: geen opleiding, lager of voorbereidend beroepsonderwijs en middelbaar algemeen voortgezet onderwijs. Onder hoger onderwijsniveau wordt hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs verstaan. Bron: aangepast van de Gezondheidsmonitor, 2016.

	Lager onderwijsniveau	Hoger onderwijsniveau
Risico op depressie en angst	43%	31%
Onvoldoende regie eigen leven	15%	4%
Overgewicht (BMI 25-30)	42%	32%
Obesitas (BMI > 30)	19%	8%
Sporter (12+ keer per jaar sporten)	38%	73%
Sportvereniging	27%	37%

3.4 Achterliggende oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

De kenmerken van een lage sociaal economische status zijn: onzekere plaats op de arbeidsmarkt, laag opleidingsniveau en een laag inkomen. Daarbij zijn er ook vaak schulden aanwezig en is er een instabiele thuissituatie, door bijvoorbeeld een echtscheiding (Hosper & van Loenen, 2021). Deze kenmerken van een lage sociaal economische status zetten een cascade van factoren aan, leidend tot sociaal economische gezondheidsverschillen. Dit kunt u zien in figuur 7 waarin de kenmerken van een lage SES met geel zijn ingekleurd. In deze paragraaf zal ik uitleggen hoe kenmerken van een lage SES effect hebben op het milieu waarin een kind opgroeit, waardoor sociaaleconomische gezondheidsverschillen van generatie op generatie blijven bestaan.

Laag opleidingsniveau en onzekere plaats op de arbeidsmarkt

In de eerste plaats, door een laag opleidingsniveau kan de plaats op de arbeidsmarkt onzeker worden, maar kan ook het gevoel van zingeving laten dalen. Ten tweede, kijkend naar een onzekere

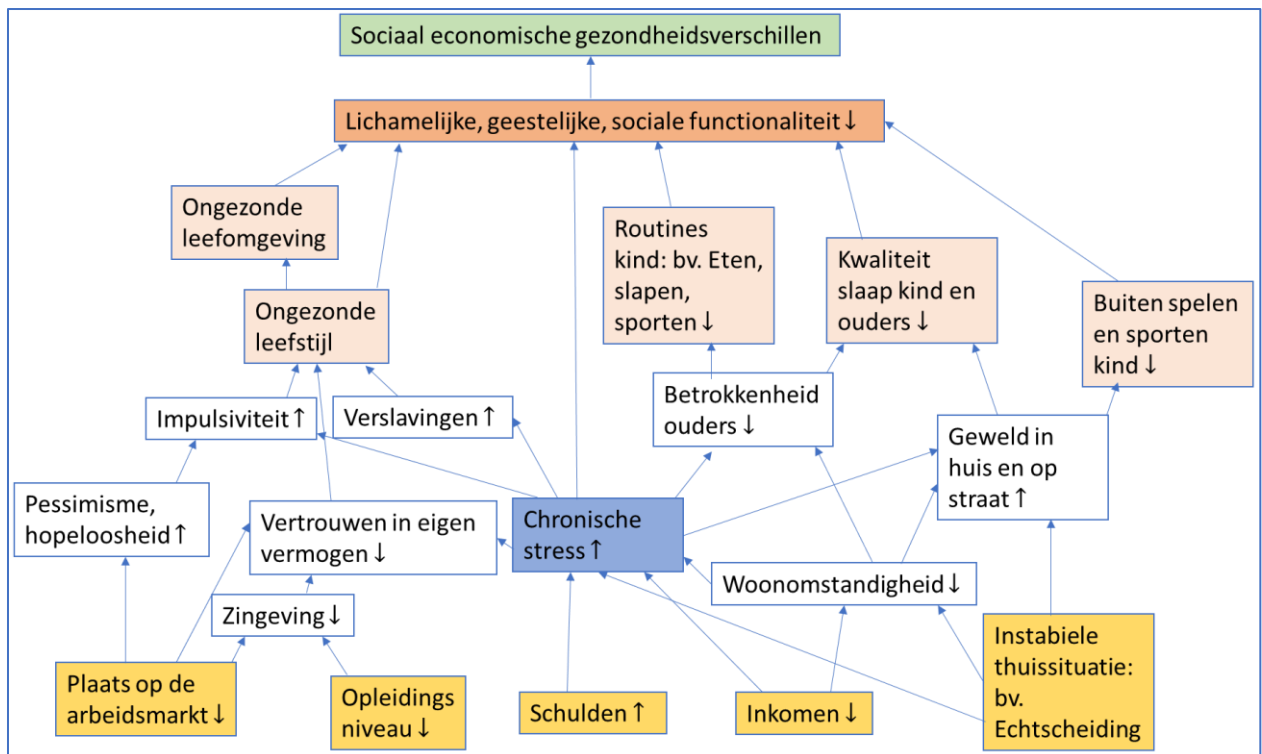
plaats op de arbeidsmarkt, kan een SES leiden tot een vergroot gevoel van pessimisme en hopeloosheid (Gallo & Matthews, 2003). Meedoen in de maatschappij is belangrijk in het concept van positieve gezondheid. Wanneer men tegenslagen ervaart met het vinden van een dagelijkse invulling in de vorm van werk of vrijwilligerswerk kan ook het vertrouwen in eigen vermogen dalen (Huber, 2011).

Laag inkomen

Iemand van een lage SES heeft ook vaker financiële problemen, door schulden en een laag inkomen. Hierdoor kan iemand veel stress ervaren (Mullainathan & Shafir, 2013; Johannes & Ernst, 2014). Door chronische stress vermindert het vertrouwen in eigen vermogen, verhoogt het impulsieve gedrag en kan een verslaving eerder ontwikkelen. Door deze factoren kan er een ongezond eet- en leefpatroon ontstaan (Jungmann & Madern, 2020; Hosper & van Loenen, 2021). Ten derde, door een laag inkomen wonen mensen met een lage SES vaak in slechte huizen (bijvoorbeeld huizen met lekkages of andere praktische problemen) en in een onveilige buurt. Door een slechte woonomstandigheid kan stress zich uiten in een chronische stress binnen een gezin (Chen & Miller, 2013). Chronische stress verhoogt de kans op ruzie in het gezin, geweld in huis en op straat en vermindert de betrokkenheid van de ouders in de opvoeding van het kind (Conger & Donnellan, 2007; Madarik & Conger, 2017; Buka et al., 2001). Het zien van geweld of het slachtoffer zijn van geweld is gerelateerd aan gezondheidsproblemen (Chen & Miller, 2013). Bovendien, door geweld en onrust in huis en op straat, kunnen kinderen in lage SES buurten minder goed slapen. Dat kinderen van lage SES gezinnen minder goed kunnen slapen komt niet alleen door onrust in het huis en in de buurt. Het komt ook doordat ouders vaak slaapproblemen hebben en minder betrokken zijn bij het kind, daardoor is er minder ritme en regelmaat. Een slechte nachtrust heeft een negatief effect op de BMI, bewegen en op het metabolisme (Chen & Miller, 2013). Een ander effect van een onveilige buurt is dat kinderen minder buiten spelen. Dit heeft een negatief effect op de bewegen en ontwikkeling van het kind (Carver et al., 2008).

Family stress model

Het family stress model omschrijft hoe chronische stress van ouders een negatief effect hebben op het kind. Hierin komt naar voren dat chronische stress van de ouders ervoor zorgt dat de ouders minder betrokken zijn bij het kind. Door de psychische problemen van de ouder is er minder energie over om er voor het kind te zijn (Conger & Elder, 1994; Dodge et al., 1994). De ouders zullen het kind in mindere mate sturen in goede leefpatronen, zoals regelmatige maaltijden, op tijd gaan slapen, stimulatie van bewegen en het maken van huiswerk. Dit heeft een negatief effect op de gezondheid van het kind (Evans, 2004; Evans et al., 2005; Denham, 2003). Kortom, kinderen in een gezin van een lage sociaal economische status groeien op in een omgeving die ongunstiger is voor de gezondheid in vergelijking tot kinderen van een hogere sociaal economische status. Door een ongunstige leefomgeving en opvoeding, zullen zij zelf ook meer risico lopen op sociaal economische gezondheidsproblemen. Dit heet intergenerationele overdracht (Manstead, 2018).



Figuur 7: Kenmerken van de lage sociaaleconomische status en de causale verbanden die leiden tot sociaaleconomische gezondheidsverschillen

De kenmerken van een lage sociaaleconomische status zijn aangegeven met een gele markerings. Kenmerken van een lage sociaaleconomische status zijn: ongunstige plaats op de arbeidsmarkt, laag opleidingsniveau, schulden, laag inkomen en een instabiele thuissituatie. Een pijl naar beneden in het vakje betekent een vermindering, een pijl omhoog in het vakje betekent een toename. De directe gevolgen van de kenmerken van een lage sociaaleconomische status zijn weergegeven in de witte vlakken. Een gevolg van schulden en een laag inkomen is chronische stress. Chronische stress is aangegeven in het blauwe vakje, omdat chronische stress de grootste cascade aan gevolgen heeft. De uiteindelijke gevolgen die leiden tot een vermindering in lichamelijke, geestelijke en sociale functionaliteit van het individu, zijn weergegeven in het lichtrood. Bron: eigen product.

3.5 Conclusie en discussie

Er zijn verschillende aspecten naar voren gekomen in de wetenschappelijke analyse. Ten eerste, zijn er verschillende definities van gezondheid. De ene definitie van het WHO focust op een complete staat van sociaal, fysiek en mentaal welbevinden. De tweede definitie van Huber focust niet op een complete staat, maar wel een staat waarin iemand zelf kan beïnvloeden hoe hij/zij zich voelt. Beide definities komen aan bod in dit onderzoek (Huber et al., 2016).

Ten tweede, mensen van een lage SES hebben vaker last van depressie en angst, daarbij vermindert het gevoel van regie over eigen leven. Mensen van lage SES hebben ook vaker last van overgewicht. In deze paragraaf is besproken wat de gevolgen en kenmerken zijn van deze kenmerken van gezondheidsverschillen. Een discussiepunt hierbij kan zijn dat de ervaren gezondheid iets anders is dan de gezondheid in de vorm van afwezigheid van ziekten. Als mensen in de omgeving ergere chronische aandoeningen hebben dan u, dan voelt u zich misschien daardoor gezonder. Friezen ervaren hun gezondheid over het algemeen beter ten opzichte van de rest van Nederland, maar mensen van lage SES ervaren hun gezondheid wel significant minder vaak als goed ten opzichte van mensen met een hoge SES (GGD Fryslân, 2016).

Ten vierde, is besproken wat de achterliggende oorzaken zijn van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het is belangrijk op te merken dat een kind van ouders met lage SES ook weer een onzekere positie heeft. Dit wordt ook wel intergenerationele overdracht genoemd,

waardoor de kenmerken van een uitzichtloze situatie vaak in families van lage SES blijven. Om die patronen te doorbreken is veel hulp en actie nodig in alle generaties. In het diagram van achterliggende oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, zijn factoren zoals laaggeletterdheid en migrantenstatus niet opgenomen. Verder kan door discriminatie ook veel stress ontstaan. Er zijn dus nog meer factoren die een rol spelen in de relatie van lage SES en gezondheidsproblemen.

Hoofdstuk 4: Bewegen als mogelijke oplossing voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen

In het vorige hoofdstuk zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen toegelicht. In het volgende hoofdstuk zal ik bewegen evalueren als mogelijke oplossing voor deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Tot slot zal er een discussie en een conclusie volgen van dit deel van de wetenschappelijke analyse. Vragen die in dit hoofdstuk beantwoord zullen worden zijn:

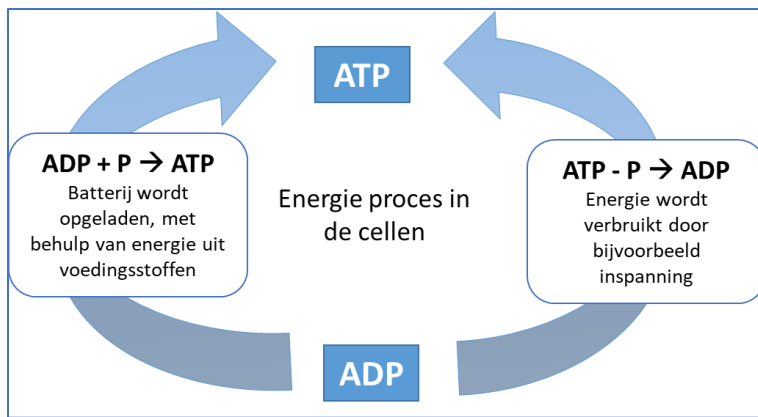
- a) Wat zijn korte termijn effecten van bewegen?
- b) Wat is de rol van bewegen op gezondheid, met name bij lage SES geïnduceerde gezondheidsproblemen?

Om deze vragen te beantwoorden, heb ik een literatuuronderzoek gedaan. Verder heb ik interviews gehad met een gepromoveerde in het gebied van beweging bij vrouwen met een lage SES, en met werknemers van het Kenniscentrum Sport & Bewegen.

4.1 Acute reacties van bewegen op het lichaam

Energie huishouding

Voor bewegen zijn spieren nodig die zich samenspannen, daarvoor is energie nodig (figuur 8). Energie zit in het stofje adenosine trifosfaat (ATP). Dit is de stof adenosine met 3 fosfaatgroepen eraan, vandaar het voorvoegsel 'tri' van het getal drie. Er bestaat ook adenosine difosfaat (ADP), dit is de stof adenosine met 2 fosfaatgroepen eraan, vandaar het voorvoegsel 'di' van twee. Wanneer ADP 1 fosfaatgroep erbij krijgt, verandert het in ATP. Dit is een proces wat gebeurt in iedere cel. Het proces van ADP naar ATP heeft energie nodig, verkregen uit bijvoorbeeld voedingsstoffen. Wanneer ADP wordt omgezet in ATP, is het als het ware een volle batterij geworden. Bij het gebruiken van deze batterij, gaat de fosfaat groep er af en is het weer een lege batterij: ADP. Het verkrijgen van ATP kan op verschillende manieren.



Figuur 8: Van ADP naar ATP

Energie zit in het stofje adenosine trifosfaat (ATP). Er bestaat ook adenosine difosfaat (ADP). Wanneer ADP 1 fosfaatgroep erbij krijgt, verandert het in ATP. Wanneer ADP wordt omgezet in ATP, is het als het ware een volle batterij geworden. Bij het gebruiken van deze batterij, gaat de fosfaat groep er af en is het weer een lege batterij: ADP. Bron: eigen product.

Creatinefosfaat

Voor de eerste hevige inspanning tijdens het sporten, is er altijd energie in de spieren paraat. De stof creatine zit in de spieren en kan door het enzym creatinekinase worden omgezet in creatinefosfaat. Dit is creatine met een fosfaatgroep eraan. Creatinefosfaat kan zijn fosfaatgroep afgeven aan ADP, waardoor deze verandert in ATP, energie dus. Dit is een zeer snelle manier van energie maken, en noodzakelijk, hierdoor kan men bijvoorbeeld altijd snel een sprintje trekken om het stoplicht te halen (Reece & Campbell, 2011).

Voedsel

De tweede vorm van energie komt uit voedsel. Bij de spijsvertering worden voedingsstoffen omgezet tot één enkel molecuul: glucose. Glucose kan door de dunne darm door het bloed worden opgenomen. Daarna vervoert het bloed het glucosemolecuul naar weefsels die het nodig hebben. In de cellen van het lichaam zitten mitochondriën, dit worden ook wel energiefabriekjes van de cel genoemd. In de mitochondriën wordt de glucose omgezet in ATP, de energie voor de spieren om te bewegen (Reece & Campbell, 2011). Energie kan uit verschillende voedingsbronnen komen. Eerst raadpleegt het lichaam tijdens het sporten de koolhydraten voorraad. Koolhydraten worden sneller omgezet in ATP dan vetten. Soms wordt er zoveel van het lichaam gevraagd tijdens het sporten, dat er verzuring in de spieren ontstaat. Verzuring van spieren is niet erg. Het is wel aan te raden om conditie op te bouwen, dus niet te intensief te beginnen. Wanneer de koolhydraat voorraad op is, gaat het lichaam pas door op de verbranding van vetten. Hierdoor kan het soms lang duren voordat mensen afvallen door middel van sporten (Reece & Campbell, 2011).

Ademhaling en hartslag

In de eerste plaats vindt er verbranding van glucose plaats met gebruik van zuurstof. Dit heet de aerobe dissimilatie. Wanneer er geen zuurstof beschikbaar is tijdens de verbranding, heet het anaerobe dissimilatie. Het zuurstof wordt van de longen naar de spieren gebracht. In de longen zitten aan het einde van de vertakkingen van de luchtpijp longblaasjes die zuurstof kunnen opnemen in het bloed. Omdat de spieren meer bloed vragen tijdens het sporten, moet het bloed snel vervoerd worden naar de spieren. Dit gebeurt door middel van vasoconstrictie en vasodilatatie, wat betekent dat de spiertjes om de bloedvaten heen zich aanspannen en ontspannen. Daarnaast gaan de ademhaling en de hartslag omhoog (Reece & Campbell, 2011).

Spielen

Voor de bewegen van spieren is ATP nodig. Spieren bestaan uit lange bundels van spiervezels, de spiercellen, die parallel aan elkaar lopen. Wanneer glucose is omgezet in ATP in de spiercel, bindt dit aan eiwitten in de spiercel die ervoor zorgen dat de spiercel samentrekt bij bewegen. Door het samentrekken van de spier kan iemand bewegen (Reece & Campbell, 2011). Er bestaan verschillende soorten spiervezels: type 1 en type 2. Type 1 spiervezels worden ook wel langzame spiervezels of rode spiervezels genoemd. Dit komt omdat zij langer kunnen samentrekken en rood van kleur zijn. Type 2 spiervezels worden ook wel snelle of witte spiervezels genoemd. Deze zijn wit van kleur en kunnen snel en krachtig samentrekken. De verhoudingen in het lichaam van type 1 of type 2 spiervezels is genetisch bepaald. Interessant is, dat het lichaam zich instelt op welke sport er wordt beoefend. Duursporters hebben naar verhouding meer langzame spiervezels, en kracht- of sprintsporters meer snelle spiervezels. Wanneer je meer aan duursport doet, kan een snelle spiervezel veranderen in een langzame spiervezels (Reece & Campbell, 2011).

4.2 Langdurige effecten van bewegen op het lichaam bij sociaaleconomische gezondheidsproblemen

In deze paragraaf worden dezelfde sociaaleconomische gezondheidsproblemen besproken als in paragraaf 3.3, die ik heb gekozen om toe te lichten: depressie, angst, regie over het eigen leven en overgewicht. Voor elk van deze sociaaleconomische gezondheidsproblemen wordt uitgelegd wat bewegen voor invloed kan hebben op het gezondheidsprobleem. De duur, intensiteit en frequentie van het bewegen is in iedere studie verschillend geweest. Voor de frequentie van het bewegen is het aan te raden om te voldoen aan de beweegnorm van het WHO. Ook al wordt er niet voldaan aan deze beweegnorm, is het kleine beetje fysieke activiteit ook goed voor iemands gezondheid, maar het voldoen aan de beweegnorm is het beste (WHO, 2020). Zie voor een Nederlandse weergave van de beweegnorm van het WHO, figuur 9.



Figuur 9: Beweegnorm

Voor jeugd van 4 tot 18 jaar is het aan te raden om één uur per dag matig intensief te bewegen en drie keer per week spier- en botversterkende activiteiten uit te voeren. Voor volwassenen en ouderen is het aan te raden om 2,5 uur per week matig intensief te bewegen en twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten uit te voeren. Daarnaast is het voor ouderen belangrijk om deze spier- en botversterkende activiteiten uit te voeren in combinatie met balansoefeningen. Bron: Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2017.

Depressie

Verschillende onderzoeken laten een positief effect zien van bewegen op depressie. Een onderzoek met 34.499 studenten liet zien dat bewegen kan zorgen voor een verminderd risico op depressie. Bij de studenten die deden aan sport en bewegen, waren er significant minder vaak depressieve gevoelens en gedachtes, ten opzichte van studenten die niet deden aan sport en bewegen (Taliaferro et al., 2009). Bewegen heeft ook een positief effect voor depressieve patiënten. Beweeginterventies hebben een grote invloed op de symptomen van depressie (Stathopoulou et al., 2006; Josefsson et al., 2014). Mensen met depressie die doen aan bewegen hebben meer kans tot herstel van depressie dan mensen met depressie die niet doen aan bewegen, dit is bevestigd in een Nederlandse bevolkingsstudie (Ten Have et al., 2011). Voor een milde depressie, zijn de effecten van bewegen vergelijkbaar met die van antidepressiva en psychotherapie. Voor ergere vormen van depressie, kan bewegen als een toevoeging dienen op de bestaande behandelmethoden zoals antidepressiva en psychotherapie (Knapen et al., 2015).

De positieve effecten van bewegen op depressie symptomen kunnen worden verklaard op verschillende manieren. Ten eerste kan bewegen voor een positiever zelfbeeld zorgen, ten tweede is bewegen een manier om te kunnen omgaan met stress, en ten derde kan bewegen zorgen voor sociaal contact (Knapen et al., 2005). Op een moleculair niveau zijn er ook effecten van bewegen. In een studie met ratten is gevonden dat bewegen zorgt voor een verhoging van 'brain-derived neurotrophic factor' (BDNF). Dit is een stofje in de hersenen die belangrijk is voor de overleving van neuronen en komt met name in de hippocampus voor, een gebied in de hersenen belangrijk voor het leren en het geheugen (Zheng et al., 2006). Een verminderde hoeveelheid van BDNF komt voor bij mensen met depressie (Karege et al., 2002). Mensen met depressie hebben een verminderde werking van het serotonine systeem. Serotonine is een neurotransmitter, dit is een stofje dat werkt in de hersenen om signalen door te geven. Serotonine is een neurotransmitter die te maken heeft met onder andere stemming en cognitie. Medicijnen die worden voorgeschreven bij depressie zorgen ervoor dat serotonine langer beschikbaar blijft in de hersenen. Deze medicijnen worden ook wel antidepressiva genoemd (Strüder & Weicker, 2001). Beweging heeft een positief effect op de werking van het serotonine systeem, ook bij mildere vormen van depressie (Mattson et al., 2004). Dit is in tegenstelling tot de werking van antidepressiva: deze medicijnen werken minder goed bij mildere vormen van depressie, maar goed bij ergere vormen van depressie (Fournier et al., 2010).

Angst

Bewegen vermindert het risico op het ontwikkelen van angstklachten (WHO, 2020). In een cohort studie is naar voren gekomen dat bewegen het risico vermindert op angststoornissen, met name bij een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en pleinvrees (Schuch et al. 2019). Daarnaast heeft bewegen een positief effect op patiënten met angstklachten. In een meta analyse is naar voren gekomen dat vooral duursport een positief effect heeft op angstklachten. Dit effect werd niet beïnvloed door leeftijd of de status van gezondheid (Petrusello et al., 1991). Andere onderzoeken wezen ook een positief effect uit van bewegen op patiënten met angst symptomen (Long & Stavel, 1995; Gordon et al., 2018; Gordon et al., 2017).

Regie over eigen leven

Bewegen heeft een positief effect op het vertrouwen in eigen vermogen, doordat iemand het idee krijgt van verbeterde fysieke vaardigheden (White, Kendrick & Yardley, 2009; Zemberi et al., 2020). Hierdoor kan het gevoel van regie over eigen leven terug komen (Ginis et al., 2012; Craft, 2013). Het is wel belangrijk dat de sport te beoefenen is voor de persoon en niet te hoog gegrepen in het begin. Aan te raden is om niet te intensief te beginnen (Kandola et al., 2019). Verder kan het vertrouwen in

eigen vermogen bijdragen bij het aannemen van een gezonde leefstijl (Medrano-Ureña et al., 2020). Er zijn ook interventies die elementen van sport en vertrouwen in eigen vermogen combineren, speciaal voor mensen met een lage SES. Een voorbeeld van een oefening kan zijn, dat de deelnemers elkaar moeten proberen om te duwen. Het doel is dan om sterk in uw schoenen te blijven staan. Hierdoor kan bewegen de psychotherapie versterken (van der Waerden et al., 2013; van der Waerden et al., 2011; Appendix IV.9).

Overgewicht en obesitas

Bewegen heeft een positief effect op de gezondheid van iemand met overgewicht of obesitas. Zoals eerder beschreven heeft iemand met obesitas of overgewicht een continue ontsteking van het witte vetweefsel. Bewegen heeft een anti-inflammatoir effect, waardoor de balans in cytokines weer kan worden hersteld (You et al., 2013). Er wordt bij obesitas te veel van de hormonen leptine en insuline uitgescheiden. Daardoor worden insuline receptoren minder gevoelig, en kunt u diabetes type II krijgen. Door bewegen kunnen de receptoren weer gevoeliger worden voor insuline (Bassuk & Manson, 2005). Daarnaast kan bewegen voor een verlaging in het leptine niveau zorgen, onderzocht in kinderen met obesitas (Sirico et al., 2018). Verder heeft bewegen een positief effect op het ontstaan van bruin vetweefsel. Bruin vetweefsel is belangrijk in het warm houden van het lichaam. Mensen met obesitas of overgewicht hebben een verminderde activiteit van bruin vetweefsel, ten opzichte van gezonde mensen (van Marken Lichtenbelt et al., 2009). In diersmodellen is bewezen dat door bewegen wit vetweefsel kan worden omgezet in bruin vetweefsel (De Matteis et al., 2013). De processen die hieraan ten grondslag liggen worden onderzocht, vooral in diersmodellen. De implicaties van het ontstaan van bruin vetweefsel als reactie op bewegen, moeten nog worden onderzocht in mensen (Aldiss et al., 2018; McKie & Wright, 2020).

Kortom, er zijn veel positieve effecten van bewegen voor iemand met obesitas of overgewicht. Daarentegen, voor gewichtsverlies wordt aangeraden om bewegen te combineren met een gezond dieet (DiPietro & Stachenfeld, 2017; Pitsavos et al., 2006). Verder moet er ook rekening worden gehouden met de limiterende factoren die meespelen wanneer iemand te zwaar is. Sommige sporten zullen te belastend zijn voor de spieren, gewrichten en pezen van iemand met obesitas. Sporten die voor minder problemen zorgen zijn: fietsen, zwemmen, aquagymnastiek en wandelen (Kramer, 2020). Daarbij is het aan te raden om te voldoen aan de beweegnorm (WHO, 2020).

4.3 Conclusie en discussie

Van de eerste paragraaf kunnen wij concluderen dat er veel gebeurt in iemands lichaam wanneer iemand gaat bewegen. Ten eerste, is er een belangrijk stofje ATP wat de cellen nodig hebben om het lichaam aan te zetten tot bewegen. Dit stofje kan verkregen worden uit voedsel, vetweefsel in het lichaam en creatine fosfaat. Voor een korte sprint wordt creatine fosfaat gebruikt, maar dit stofje is snel op. Vervolgens wordt hetgeen wat iemand heeft gegeten als energiebron geraadpleegd. Pas wanneer dit is verbrand, zal het lichaam voor energie de vetopslag raadplegen. Hierdoor kan het soms lang duren voordat iemand gaat afvallen door sport. Ten tweede, gaat de ademhaling en hartslag omhoog. Vervolgens, zullen de spieren aantrekken om bewegen in het lichaam teweeg te brengen.

Van de tweede paragraaf kunnen wij concluderen dat bewegen vele positieve effecten heeft op depressie, angst, regie eigen leven en overgewicht. Om de positieve effecten van bewegen te bereiken, is een zekere motivatie nodig om te bewegen. Voor iemand met depressie kan dit lastig zijn. Een limitatie van dit literatuuronderzoek is dat er niet onderzocht is hoe motivatie werkt in het brein. Verder, is het de vraag hoe bewegen een algemeen effect heeft op gezondheid. Het zou

interessant zijn te onderzoeken wat voor effect bewegen heeft op de verschillende domeinen van positieve gezondheid: lichaamsfunctie, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van het leven, meedoen in de samenleving en dagelijks functioneren.

Hoofdstuk 5: Interne analyse van het huidige beleid

In de vorige twee hoofdstukken is een wetenschappelijke analyse gedaan. Hierin is besproken wat de achterliggende oorzaken zijn van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en wat de rol kan zijn van bewegen bij sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In het volgende hoofdstuk gaan wij kijken naar de rol van de GGD Fryslân in het beschermen van de Friese burgers. Als laatste zal er een conclusie en discussie volgen van dit hoofdstuk. Vragen die in dit hoofdstuk aan bod zullen komen zijn:

- a) Hoe is de GGD Fryslân georganiseerd?
- b) Welke afdelingen zijn waarvoor verantwoordelijk?

Om deze vragen te beantwoorden, heb ik websites geraadpleegd van verschillende overheidsinstituten. Verder heb ik beleidsplannen gelezen. Daarnaast heb ik gesproken met mijn begeleiders M. Teeuw en A. Meijer. Het interview met een gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân gaf meer duidelijkheid over de structuur die in iedere gemeente van Friesland bestaat.

5.1 Interne analyse

De gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in Friesland is verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de uitvoering van publieke gezondheidszorg van de Friese burgers. Er zijn 25 GGD's in heel Nederland. In Friesland is het zo georganiseerd, dat de brandweer en de GGD samen deel uitmaken van de Veiligheidsregio Fryslân. De missie van de Veiligheidsregio Fryslân is: *'een gezond en veilig leven voor iedereen in Friesland'*. De Veiligheidsregio Fryslân werkt in opdracht van de 18 gemeenten in Friesland. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg van de Friese burgers. De publieke gezondheidszorg houdt in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de inwoners in Nederland (GGD Fryslân, z.d.). De gemeenten hebben deze taken meestal neergelegd bij een GGD, maar controleren de GGD wel in deze taken. Wettelijke taken van een GGD zijn vastgelegd in de Wet Publieke gezondheid. Deze zijn onder andere: de jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, infectieziekte bestrijding, bevolkingsonderzoeken en gezondheidsvoorlichting. Aanvullende taken verschillen per GGD in Nederland (Appendix IV.13). GGD Fryslân heeft de taken onderverdeeld in vier pijlers (figuur 10).



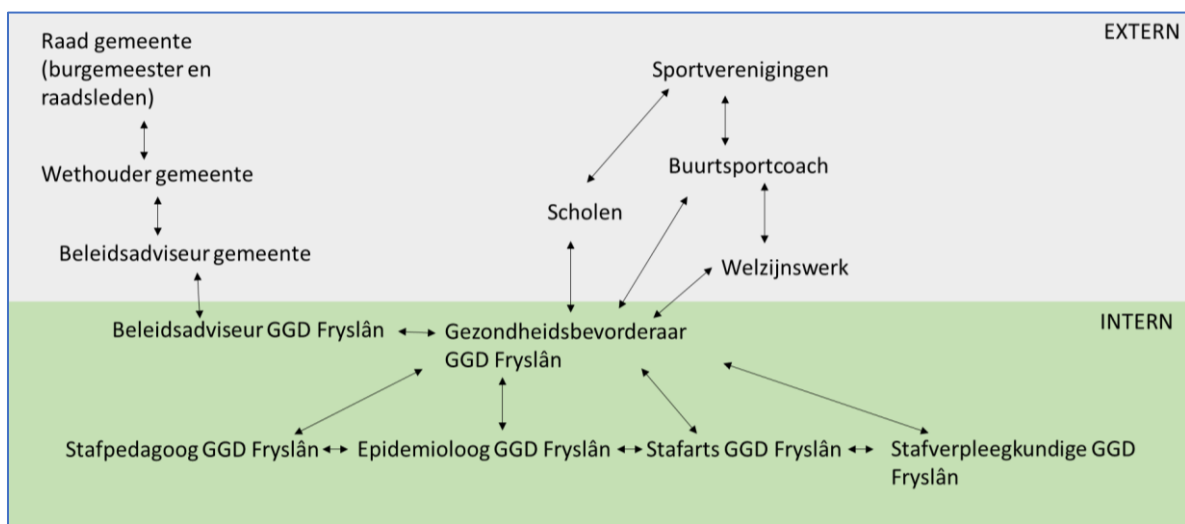
Figuur 10: De vier pijlers van de GGD Fryslân.

De eerste pijler is monitoring, signalering en advies. De tweede pijler zijn de uitvoerende taken van de gezondheidsbescherming. De derde pijler is toezicht houden. De vierde pijler is het bewaken van de publieke gezondheidszorg bij rampen en crisis. Bron: GGD Fryslân, z.d.

Al deze taken zijn verdeeld over vijf verschillende afdelingen van de GGD Fryslân: centrale dienst en ondersteuning (CDO), Regio Noord, Regio Zuidoost, Regio Zuidwest en het tijdelijke coronabedrijf. De taken van de afdeling CDO zijn provinciaal, want die taken zijn te klein om te verspreiden over regio's. De taken die groot genoeg zijn om te versnipperen over de drie regio's, worden wel verspreid, want de GGD Fryslân wil zo dicht mogelijk bij de burger staan en zo lokaal mogelijk hulp aan kunnen bieden. Iedere regio heeft een team beleid & advies. Hierin zitten gezondheidsbevorderaars, een epidemioloog, een adviseur publieke gezondheid, een stafverpleegkundige, een stafarts en in regio Noord een stafpedagoog. Er zijn meerdere gezondheidsbevorderaars en adviseurs publieke gezondheid per regio, daarom verdelen die zich weer over de gemeenten in de regio. Naast het team beleid en advies, zijn er meerdere teams per regio. GGD Fryslân werkt volgens het principe van zelfsturing, waarbij de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden belegd is in relatief kleine teams. De manager van de regio of afdeling is verantwoordelijk voor het behalen van de resultaten van de regio/afdeling, en heeft een taak in het faciliteren van de teams. Daarnaast heeft iedere manager een verantwoordelijkheid over enkele organisatie brede portefeuilles, zoals epidemiologie, gezondheidsbevordering en jeugdgezondheidszorg. Verder zijn er ook teamcoaches die teams in de regio's kunnen ondersteunen, niet op inhoud en resultaten, maar op samenwerkingsprocessen binnen en tussen teams (Appendix IV.13).

Onder de provinciale taak van gezondheidsbevordering worden er verschillende programma's opgezet die provinciaal een functie dienen op het thema gezondheidsbevordering. Bij het opzetten van nieuwe gezondheidsprogramma's wordt dit meestal eerst voorgelegd aan de Bestuurscommissie Gezondheid, waarin alle 18 gemeenten zitting nemen. De Friese gemeenten kunnen ook opdracht geven aan de GGD Fryslân om een nieuw programma op te zetten (Appendix IV.13). In 2019 hebben de Friese gemeenten opdracht gegeven aan de GGD Fryslân om naar aanleiding van het Nationaal Preventieakkoord de FPA te ontwikkelen met andere stakeholders. Het visiedocument is vastgesteld in 2020 door de 18 Friese gemeenten. Het visiedocument is ontwikkeld door de Friese gemeenten, de GGD Fryslân, Zorgverzekeraar De Friesland, Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN) en Aletta Fryslân (Friese Preventieaanpak, 2021).

Als we kijken naar het lokale netwerk van een gemeente, heeft iedere gemeente een bepaald netwerk van buurtsportcoaches, gezondheidsbevorderaars en adviseurs publieke gezondheid (zie figuur 11). In dit figuur ziet u een koppeling van intern en extern. Over de externe kant op provinciaal niveau zult u in het volgende hoofdstuk meer lezen.



Figuur 11: De relaties binnen iedere Friese gemeente

Intern is er per gemeente een groepje werknemers dat overlegt over de stand van zaken binnen een gemeente. Hiertoe behoren de stafpedagoog, epidemioloog, stafarts, stafverpleegkundige, gezondheidsbevorderaar en de adviseur publieke gezondheid. De beslissingen die in deze overleggen worden genomen bespreekt de adviseur publieke gezondheid van de GGD Fryslân met de adviseur publieke gezondheid van de gemeente. De adviseur publieke gezondheid deelt de bevindingen met de wethouder van de gemeente, en de wethouder doet dit met de raad. De gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân brengt te besluiten vanuit het overleg naar scholen, welzijnswerk en buurtsportcoaches. Soms worden er mensen vanuit het welzijnswerk verwezen naar buurtsportcoaches. De buurtsportcoach heeft ook contact met sportverenigingen om activiteiten op te kunnen zetten. Bron: eigen product.

5.2 Conclusie en discussie

Uit de interne analyse kunnen we concluderen dat de interne structuur van de GGD Fryslân ingewikkeld is. Er zijn veel dwarsverbanden, aangezien de regiomanagers van iedere regio ook weer provinciale taken op zich nemen. Daarnaast hebben actoren die in een regio zitten ook weer provinciale taken. In principe wil de GGD Fryslân zo dicht mogelijk bij de Friese burger staan. Dus waar een taak regionaal uitgevoerd kan worden, gebeurt dit ook regionaal. Bepaalde taken zijn te klein zijn om te verdelen over de meerdere regio's. Die taken zijn om die reden provinciaal belegd. Verder zijn er ook taken die zijn verdeeld over de regio's, zoals bijvoorbeeld gezondheidsbevordering. Er zijn per regio een aantal gezondheidsbevorderaars aan het werk. De gezondheidsbevorderaars die voor een gemeente werken, hebben vaak ook provinciale taken daarnaast. Een voorbeeld hiervan is een gezondheidsbevorderaar is voor de gemeente Heerenveen, maar daarnaast ook Jong leren eten makelaar is en gezonde school coördinator. Jong leren eten

makelaar is een provinciale taak, en voor de gezonde school heeft zij soms ook landelijke overleggen (Appendix IV.8) Door deze dwarsverbanden is de structuur van de GGD Fryslân lastig uit te leggen. De structuur van de GGD Fryslân verschilt erg in vergelijking met de structuur van andere GGD's in Nederland. Iedere GGD in Nederland heeft een andere structuur.

Hoofdstuk 6: Analyse van het huidige beleid

In het vorige hoofdstuk is een interne analyse van de GGD Fryslân gegeven. Hierin is al een kleine koppeling gemaakt naar het externe werkveld. Het volgende hoofdstuk gaat hierop door. In de eerste paragraaf wordt uitgelegd wat het huidige sport- en beweegbeleid is in Friesland. In de tweede paragraaf wordt uitgelegd wat de FPA hierin tracht te veranderen. In de derde paragraaf volgt een externe analyse. Vragen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn:

- a) Wat is het huidige beleid rondom sport- en beweeginterventies?
- b) Welke actoren spelen een rol bij de ontwikkeling, implementatie, uitvoering en evaluatie van interventies?

Om deze vragen te beantwoorden, zijn websites geraadpleegd van verschillende overheids- en kennisinstituten. Verder zijn er interviews gehouden met buurtsportcoaches, gezondheidsbevorderaars en instituten zoals het HANNN en Zorgverzekeraar De Friesland. Er is ook input opgehaald in de netwerken van Aletta Fryslân en de FPA.

6.1 Beleidsanalyse van het sport- en beweegbeleid in Friesland

Er komen te weinig mensen naar sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES (Bukman, 2016; Lantz et al., 2005; Ballering et al., 2013; Kessing et al., 2013; Liu et al., 2012; Thabane et al., 2010). Daarnaast blijven gezondheidsverschillen een probleem (VTV-2018, 2018).

Verbeteringen in de implementatie van sport- en beweeginterventies kunnen maar een gedeelte van de oplossing zijn voor gezondheidsverschillen in Friesland. Dit komt, omdat mensen met een lage SES vaak meerdere gezondheidsproblemen hebben. Er is een brede aanpak nodig op verschillende gebieden om hen te helpen. Deze brede aanpak is geformuleerd in de FPA (GGD Fryslân, 2020). Ook moet er ook aandacht zijn voor achterliggende problemen, zoals stress en financiële problemen (Bhoda, 2020). Verder is het zaak de doelgroep goed te leren kennen. Er zijn verschillende drempels voor hen om niet mee te doen aan een leefstijlinterventie. Soms hebben mensen met een lage SES geen behoefte om naar overheidsinstanties te gaan, omdat zij een afstand voelen tot overheidsorganisaties. Daarom is het belangrijk eerst een vertrouwensband met hen op te bouwen. Het is ook belangrijk het taalgebruik aan te passen. De Nederlandse taal kan een drempel zijn (De Been et al., 2018).

Er zijn problemen in het aanpassen van een erkende leefstijlinterventie aan de lokale setting en doelgroep. Soms is het niet bekend dat een erkende leefstijlinterventie aangepast kan worden, en hoe dat dan moet (Appendix IV.4). Het is ook niet altijd bekend wie daarvoor verantwoordelijk is (Appendix IV.2). Per gemeente zijn rollen van buurtsportcoaches verschillend. Hieronder volgt een toelichting voor vier gemeenten in Friesland: gemeente Smallingerland, gemeente Leeuwarden, gemeente Heerenveen en gemeente Waadhoeke.

Gemeente Smallingerland

In Smallingerland zijn buurtsportcoaches van Sportbedrijf Drachten verantwoordelijk voor de uitvoeren van sport- en beweeginterventies, in opdracht van de gemeente Smallingerland. De buurtsportcoaches begeleiden groepen mensen tijdens sportactiviteiten. Zij bedenken zelf welke

activiteiten er zijn. Hierbij gebruiken de buurtsportcoaches meestal niet het overzicht van erkende sport- en beweeginterventies aangeboden door het CGL (Appendix IV.17; Loketgezondleven, z.d.; Kenniscentrum Sport & Bewegen; z.d.).

Gemeente Leeuwarden

In de gemeente Leeuwarden is B.V. Sport de organisatie die een spin is in het beweeg- en sportbeleid van de gemeente Leeuwarden. De buurtsportcoaches van deze organisatie bedenken wat er nodig is in de gemeente en betrekken daarbij de actoren die nodig zijn. Hierbij gebruiken de buurtsportcoaches meestal niet het overzicht van erkende sport- en beweeginterventies aangeboden door het CGL (Loketgezondleven, z.d.; Kenniscentrum Sport & Bewegen; z.d.). Zij zetten een initiatief op, maar besteden de uitvoering uiteindelijk uit aan vrijwilligers of zorgprofessionals. De buurtsportcoaches van B.V. Sport in Leeuwarden zullen zelf meestal niet een groep begeleiden, maar zij zien zichzelf als regieleiders. Soms vragen zij de gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân om hulp en advies (Appendix IV.16).

Gemeente Heerenveen

In de Gemeente Heerenveen bestaat het platform Scoren voor Gezondheid. Het team van Scoren voor Gezondheid bestaat uit buurtsportcoaches die vele sportactiviteiten bedenken en uitvoeren. Zij passen op gevoel de interventie aan op de lokale setting. Een tool zou hierbij handig zijn, geven zij aan. Zij willen aansluiten op alle activiteiten van de gemeente Heerenveen. De deelnemers melden zich aan via sociaal domein (Appendix IV.12).

Sport Fryslân en de gemeente Waadhoeke

Verder zijn een aantal gemeenten verbonden aan het Sport Fryslân, zoals bijvoorbeeld de gemeente Waadhoeke. Sport Fryslân is een organisatie die buurtsportcoach teams levert aan elf gemeenten van de achttien gemeenten in Friesland. Sport Fryslân heeft als doel om zoveel mogelijk gemeenten onder zich te krijgen, om zo meer impact te krijgen in de samenleving. De gemeente bepaalt of zij zich willen aansluiten bij Sport Fryslân. De buurtsportcoaches in Waadhoeke zijn samen het Bewegteam Waadhoeke. Het Bewegteam Waadhoeke wil de activiteiten meer laten aanpassen op de inwoner. Bewegteam Waadhoeke probeert het netwerk van sportaanbieders, scholen, huisartsen etc. aan te laten sluiten op de vraag van de inwoners. De interventies hoeven niet altijd erkend te zijn. Dat ligt aan wat er op dat moment het beste bij de vraag van de inwoner past. Bewegteam Waadhoeke past de interventie op gevoel aan op de lokale setting en doelgroep. Een tool zou hierbij handig kunnen zijn, geven zij aan. Voor het gebruik van de tool hoeven zij geen toestemming te krijgen van het bestuur van Sport Fryslân. Bewegteams van Sport Fryslân hebben vrijheid om zelf beslissingen te maken (Appendix IV.11).

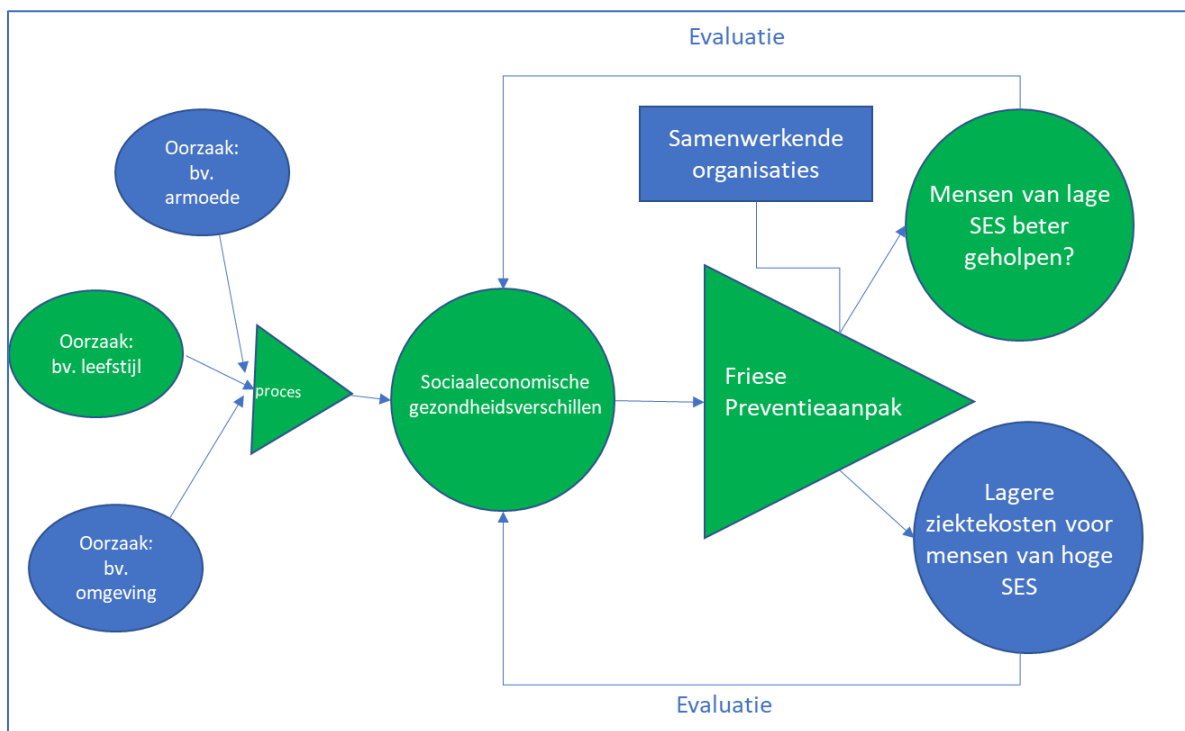
Kortom, de rol van de buurtsportcoach is in iedere gemeente anders. De buurtsportcoaches proberen interventies aan te passen aan de lokale setting en de doelgroep, maar geven aan dat een tool met werkzame elementen handig zou kunnen zijn bij het aanpassen van de interventie aan mensen met een lage SES.

6.2 Beleidsanalyse van de Friese Preventieaanpak

In 2019 hebben de Friese gemeenten opdracht gegeven aan de GGD Fryslân om naar aanleiding van het Nationaal Preventieakkoord de Friese Preventieaanpak te ontwikkelen. De GGD Fryslân is met de Friese gemeenten en zorgverzekeraar De Friesland de initiator van de FPA. In het Nationaal Preventieakkoord (NPA) gaat over drie onderwerpen: het terugdringen van roken, overgewicht en

problematisch alcoholgebruik. Daarnaast zijn er meerdere doelen. In 2040 moeten deze doelen zijn behaald (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018).

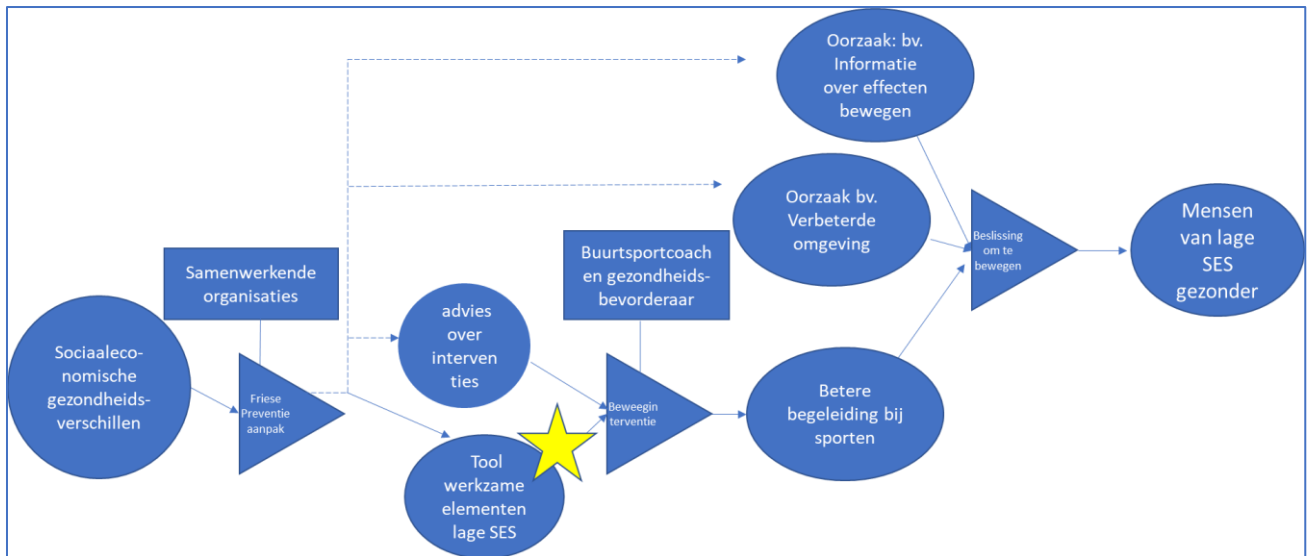
Figuur 12 is een schematische weergave van het beleid met de FPA. Het figuur laat oorzaken zien van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, bijvoorbeeld armoede, leefstijl en de omgeving. Daarna volgt een driehoek die het proces weergeeft waardoor sociaal economische gezondheidsverschillen ontstaan. Als reactie op de sociaal economische gezondheidsverschillen en op het NPA, is er de FPA ontwikkeld. Hierin werken verschillende organisaties samen. De ambities van de FPA zijn: ‘Goede gezondheid en welzijn’ en ‘Gelijke kansen in gezondheid en welzijn voor iedereen’. Deze ambities sluiten respectievelijk aan bij de Sustainable Development Goals 3 en 10 (Rozing, 2019; Friese Preventieaanpak, 2021).



Figuur 12: Schematische weergave van het beleid met de FPA

Dit figuur is een schematische weergave van het beleid met de FPA. De driehoeken zijn processen, de cirkels zijn elementen. In mijn onderzoek focus ik mij op de leefstijl en dan in het specifiek het thema bewegen. Daarom is dit proces vanaf deze oorzaak groen gekleurd, om de focus aan te brengen van mijn onderzoek. Bron: eigen product.

Figuur 13 toont een middelen, doelen en interventie model. Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn voor een gezonde leefstijl. Deze mogelijkheden voor het ontwikkelen van een gezonde leefstijl kunnen worden vergroot door interventies. De gele ster geeft een interventiepunt aan. Een interventiepunt is een plek waar beleid iets kan veranderen door iets aan de oorzaken van een beslissing van een individu te doen. Een gezondere omgeving geeft bijvoorbeeld sneller een gezondere beslissing. Hierbij ziet u de tool weergegeven als interventiepunt. Door de tool te gebruiken, zullen beweeginventies beter aangepast worden op de doelgroep van mensen met een lage SES. Daardoor zal deze doelgroep beter worden begeleid bij het vinden van een sport en beweegmomenten, waardoor de beslissing om te bewegen voor deze doelgroep makkelijker wordt gemaakt. Het resultaat: mensen van lage SES gezonder.



Figuur 13: Schematische weergave middelen en doelen nodig in de implementatie

Dit figuur is een schematische weergave van de middelen, doelen en interventiepunten. De driehoeken zijn processen, de cirkels zijn elementen. Het interventiepunt is weergegeven met een gele ster. Bron: eigen product.

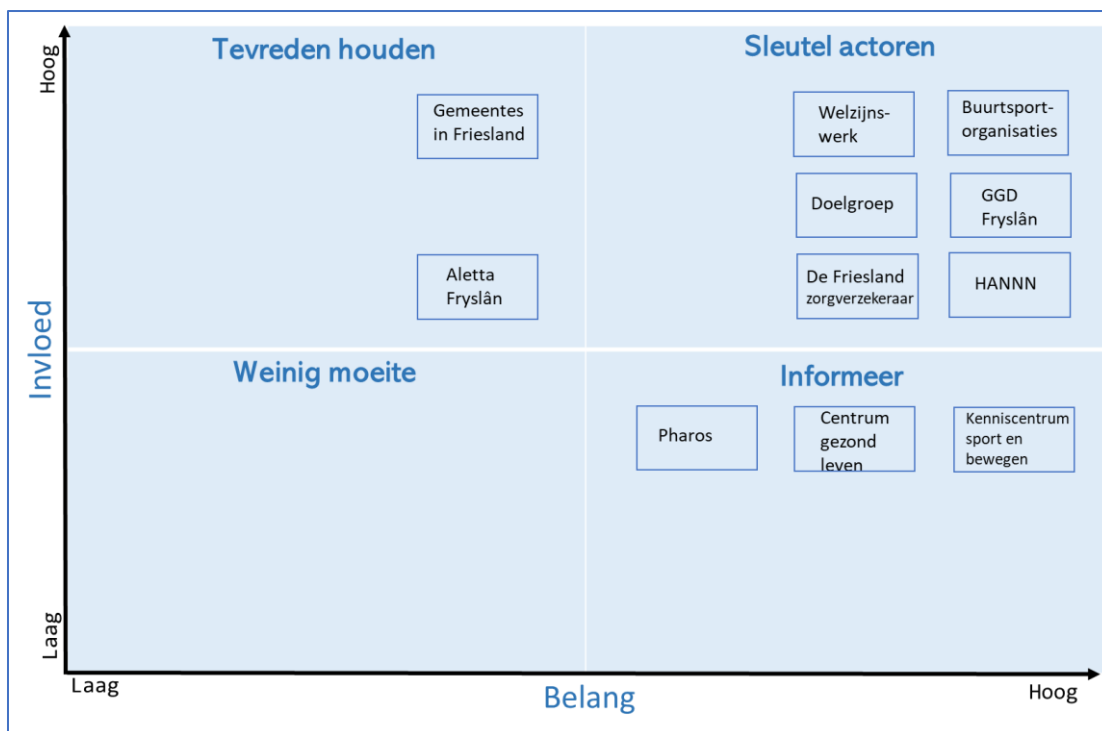
6.3 Externe analyse

Belangrijke actoren binnen de FPA

Belangrijke actoren in de FPA zijn het HANNN, zorgverzekeraar De Friesland en het netwerk Aletta Fryslân. Mensen van deze organisaties zitten in het programmateam van de FPA. Het HANNN wil kennis over gezond ouder worden overbrengen in de maatschappij. Daarbij focust het zich op de kloof tussen de lage SES en de hoge SES. Het HANNN heeft mensen die wijken ingaan om een relatie op te bouwen met inwoners. Zorgverzekeraar De Friesland is een grote zorgverzekeraar in Friesland. Zorgverzekeraar De Friesland wilt ook inzetten op preventie. Zij hebben bijvoorbeeld vitaliteitsprogramma's en een platform 'Doe je mee'. Zorgverzekeraar De Friesland vergoedt de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) volledig. Zorgverzekeraar De Friesland is ook bezig met het inrichten van hun producten op de lage SES, en zijn geïnteresseerd in de tool. Aletta Fryslân is een samenwerkingsnetwerk ontstaan vanuit de Aletta Jacobsschool of Public Health. Hierin zitten Zorgverzekeraar De Friesland en het HANNN ook. Aletta Fryslân is een belangrijke schakel tussen het maatschappelijke domein en het wetenschappelijke domein, en daarom ook een belangrijke actor in mijn onderzoek.

Invloed-belang matrix

In figuur 14 ziet u een invloed-belang matrix met alle actoren van de FPA belangrijk voor dit onderzoek. De gemeenten in Friesland nemen besluiten en zijn verantwoordelijk voor de lokale uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Aletta Fryslân bestaat uit veel actoren, daarom is het een invloedrijk netwerk. Vanuit het netwerk Aletta Fryslân zullen specifiek Zorgverzekeraar De Friesland en het HANNN geïnteresseerd zijn in mijn tool, omdat zij gefocust zijn op de gezondheid van de bevolking en preventie. De GGD Fryslân is ook deel van het Aletta Fryslân netwerk. De GGD Fryslân, die opdrachtgever is voor dit onderzoek, zal geïnteresseerd zijn in de tool. Werknemers van het welzijnswerk en buurtsportorganisaties zullen de tool gaan gebruiken, zij hebben het meeste contact met de doelgroep. Daarom hebben zij de meeste invloed en belang. De doelgroep van mensen met een lage SES is bepalend voor het succes van de tool. Actoren die geïnformeerd kunnen worden over de tool zijn landelijke instituten zoals Pharos, CGL en het Kenniscentrum Sport & Bewegen (zie figuur 14).



Figuur 14: Invloed-belang matrix van actoren in FPA betrokken bij mijn onderzoek
 Op de Y-as: invloed om de tool te laten werken, op de X-as: belang voor de tool. Bron: eigen product.

6.4 Conclusie en discussie

Ik kan concluderen uit de paragraaf over het huidige beleid, dat veel initiatieven goed worden opgezet, maar dat er ook ruimte is voor verbetering. Er is daarnaast veel verschil in Friese gemeenten hoe het sport- en beweegaanbod wordt opgezet. De rol van de buurtsportcoach is in iedere gemeente anders. Daarnaast verschilt het ook in hoeverre de buurtsportcoach, de gezondheidsbevorderaar en de andere partijen samenwerken. In de ene gemeente worden de kwaliteiten van de verschillende partijen meer benut dan in de andere gemeente. Dit ligt ook aan het feit dat in sommige gemeenten de gemeente extra middelen beschikbaar stelt op het gebied van preventie. Daardoor kan er soms meer geïnvesteerd worden in de samenwerking. Buurtsportcoaches passen op gevoel de interventie aan op de doelgroep. Hierin zou een hulpmiddel handig zijn.

Uit de paragraaf over de externe analyse kan geconcludeerd worden, dat verschillende actoren betrokken zijn bij het gezondheidsbeleid en uitvoering voor mensen met een lage SES. De actoren werken goed samen op beleidsniveau, want zij hebben regelmatig vergaderingen in het programmateam van de FPA. Hierdoor is er een goede koppeling tussen wetenschap en beleid. De FPA wilt het delen van kennis onder actoren nog verder ontwikkelen door in te spelen op 'weten wat werkt', 'delen wat werkt' en 'doen wat werkt'.

De provinciaal georiënteerde instituten zouden meer kunnen halen bij de landelijke instituten, zoals bijvoorbeeld het Kenniscentrum Sport & Bewegen. Er ligt veel bruikbare kennis klaar bij het Kenniscentrum Sport & Bewegen, maar niet alle producten worden opgepikt. Een voorbeeld hiervan is dat er al verschillende tools zijn met werkzame elementen voor de lage SES.

Daarnaast zou er ook meer samenwerking kunnen zijn met sociale wijkteams en de gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân. Dit is ook één van de speerpunten van de FPA: verbeterde samenwerking en meer synergie in initiatieven.

Een droombeeld van het externe netwerk zou zijn dat met mensen die bij de schuldsanering komen, dieper wordt gekeken naar hun hulpvraag. Als blijkt dat er een hulpvraag ligt, waarbij meer bewegen oplossing biedt, dan zou een rechtstreekse doorverwijzing naar leefstijlprogramma's aangeboden door buurtsportcoaches uitkomst kunnen bieden. De focus is dan een integrale aanpak. Het is belangrijk dat de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân goed ingebed is het lokale netwerk van een gemeente. De gezondheidsbevorderaar kan voor samenhang zorgen in de hulp die wordt geboden aan mensen van een lage SES.

Hoofdstuk 7: Tool om de implementatie en evaluatie van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES te verbeteren

In het vorige hoofdstuk is er een beleidsanalyse en een externe analyse uitgevoerd. In dit hoofdstuk wordt een voorstel gedaan om een tool met werkzame elementen voor mensen met een lage SES te verwerken in de aanpak van de FPA. In de eerste paragraaf wordt een uitleg gegeven over wat de tool inhoudt en in de tweede paragraaf wordt er vervolgens een juiste vorm van de tool gekozen met een Multicriteria-analyse. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt er een wetenschappelijke onderbouwing gegeven van de tool. Vragen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn:

- a) Wat houdt een tool met werkzame elementen voor mensen met een lage SES in?
- b) Wat is een juiste vorm van deze tool?
- c) Wat is er bekend over werkzame elementen bij mensen met een lage SES en de toepassing hiervan?
- d) Hoe zouden werkzame elementen praktijkprofessionals kunnen helpen om de interventies en activiteiten beter te laten aansluiten bij mensen met een lage SES?

Om deze vragen te beantwoorden, heb ik websites geraadpleegd van verschillende overheids- en kennisinstituten. Verder heb ik interviews gehouden met buurtsportcoaches. Ik heb een interview gehouden met een specialist van het CGL van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Verder heb ik de Multicriteria-analyse gebruikt om een goede overweging te maken voor de keuze van de juiste vorm van de tool. Tot slot heb ik ook een literatuuronderzoek gedaan naar de achtergrond van werkzame elementen.

7.1 Tool met werkzame elementen voor mensen met een lage SES

Om een leefstijlinterventie toepasbaar te maken voor mensen met een lage SES, heb ik een tool ontwikkeld op basis van verschillende onderzoeken, zie appendix III (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). In deze paragraaf volgt een uitleg over wat de tool inhoudt en wat de doelen zijn van de tool.

Uitleg tool

De ambitie van de Friese Preventieaanpak is: een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân. Daarom is het belangrijk dat mensen van een lage sociaal economische status ook worden bereikt. Deze tool maakt een leefstijlinterventie voor mensen met een lage sociaal economische status werkzamer. Er zijn zeven thema's gegeven met een strategie voor volwassenen. Voor strategieën voor kinderen en jeugd zijn er de tipkaartjes van het Kenniscentrum Sport & Bewegen. De tool is ontwikkeld om te ontdekken op welke thema's verbeterpunten liggen aan de start van een nieuwe implementatie, maar ook als tussentijdse evaluatie. Een gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân kan advies geven over het gebruik van de tool.

Uiterlijk tool

De tool is ontwikkeld in PowerPoint. Ieder werkzaam element bevat een vraag gesteld aan de lezer. In het vakje daarna wordt een strategie gegeven voor volwassenen. De tool bevat op deze manier instructies om in te kunnen spelen op de zeven thema's van werkzame elementen voor mensen met een lage SES. De tool is in de vorm van een pdf file geleverd met daarop de thema's en de strategieën, zie appendix III.

Doelen tool

Er zijn drie doelen van de tool:

1. Werkzame elementen meer onder de aandacht brengen bij praktijkprofessionals, gezondheidsbevorderaars en adviseurs publieke gezondheid;
2. De tool zal dienen als reflectiemiddel voor praktijkprofessionals, om te komen tot praktische ideeën om de interventie meer aan te laten sluiten bij mensen van lage SES;
3. De tool zal als gesprekstool dienen waarbij verschillende partijen met elkaar kunnen overleggen hoe er meer kan worden ingespeeld op de lage SES. Dit kan als tussentijdse evaluatie, maar ook aan de start van een nieuwe implementatie.

7.2 Integratie met behulp van een Multicriteria-analyse

In deze paragraaf wordt er met behulp van een Multicriteria-analyse de beste vorm gekozen voor de tool. De verschillende scenario's zijn gekozen op basis van interviews met buurtsportcoaches, gezondheidsbevorderaars, de communicatieadviseur van de FPA en adviseurs publieke gezondheid (Appendix IV.11; Appendix IV.12; Appendix IV.16; Appendix IV.17; Appendix IV.4; Appendix IV.5; Appendix IV.8; Appendix IV.6; appendix V). Er zijn verschillende scenario's voor de vormgeving van de tool vergeleken:

- 1) Digitalisering van tool: app
- 2) Digitalisering van tool: pdf-file verkrijgbaar op een bestaande overheidswebsite
- 3) Papieren tool in de vorm van een kleuren waaier

De te vergelijken criteria per scenario zijn ook bepaald op basis van interviews met buurtsportcoaches, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, de communicatieadviseur van de FPA en adviseurs publieke gezondheid (Appendix IV.11; Appendix IV.12; Appendix IV.16; Appendix IV.17; Appendix IV.4; Appendix IV.5; Appendix IV.8; Appendix IV.6; appendix V). In tabel 4 zijn de waarde oordelen weergegeven in plussen en minnen. In tabel 5 is uitgelegd wat deze plussen en minnen betekenen. Concluderend op basis van de integratie van de criteria, komt scenario 2 als beste uit de verf. Dit scenario is dan ook opgenomen in het advies naar aanleiding van dit onderzoek. Voor een uitgebreide onderbouwing voor de waarde oordelen per scenario in tabel 4, zie appendix II.

Tabel 4: Multicriteria analyse van uitvoering tool

In deze tabel worden verschillende scenario's met elkaar vergeleken. De criteria zijn weergegeven in de meest linkse kolom. De scenario's zijn afgekort tot één woord. Scenario 1: van de tool wordt een app gemaakt. Scenario 2: van de tool wordt een pdf-file gemaakt. Scenario 3: van de tool wordt een papieren waaier gemaakt. De scorebepaling is gedaan op basis van mijn eigen overwegingen naar aanleiding van interviews. De criteria heb ik ook gekozen op basis van interviews.

	Scenario 1: app	Scenario 2: pdf	Scenario 3: waaier
Privacy bestendig?	- -	+	+
Productie kosten laag?	- -	+ +	-
Automatisch proces?	- -	+	-
Weinig personeel nodig?	- -	+	-
Gebruiksgemak?	-	-	+
Is er draagvlak?	+	-	+
Kan data worden verzameld?	+ +	-	-
Makkelijk te delen?	+	+ +	-
Totale score	- - -	+ + + +	-

Tabel 5: Scorebepaling tabel 4

Waarde	Score
Erg positief effect	++
Positief effect	+
Negatief effect	-
Erg negatief effect	- -

7.3 Wetenschappelijke onderbouwing van de tool

Deze paragraaf beschrijft een wetenschappelijke onderbouwing per werkzaam element van de reeds uitgelegde tool.

De werkzame elementen voor mensen met een lage SES zijn volgens onderzoeken: invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling en implementatie van interventies, inzetten op de motivatie van de deelnemers, inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers, inspelen op het groepsgevoel, vertrouwde omgeving, vervolgaanbod aanbieden en een goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Deze werkzame elementen worden ook bevestigd door buurtsportcoaches (Appendix IV.11; Appendix IV.12; Appendix IV.16; Appendix IV.17). Per werkzaam element volgt een uitleg op welke literatuur deze gebaseerd is, en op welke wijze aandacht aan dit werkzame element binnen een interventie gegeven kan worden.

Invloed van de doelgroep

Het aanpassen van de interventie op basis van meningen en wensen van de deelnemers wordt als werkzaam element voor mensen met een lage SES benoemd in verschillende onderzoeken (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Het aanpassen van de interventie op basis van meningen en wensen van de deelnemers staat in het overzicht van gedragswetenschapper Kok, onder de noemer 'tailoring'. Zij beschrijven dat de interventie altijd aangepast moet worden aan de doelgroep, cultuur en context (Kok et al., 2016). Ook de tool van Pharos beschrijft het betrekken van de doelgroep bij het ontwikkelen van de interventie als een belangrijk werkzaam element (De Been, Van den Muijsenbergh, Duijnhoven; 2018). Het kenniscentrum sport & bewegen heeft voor kinderen en tieners beschreven hoe u de doelgroep kan betrekken in de Tipkaarten (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.). Als toevoeging heb ik een strategie toegevoegd voor volwassenen, deze is als volgt: maak contact met andere organisaties in de wijk, die werken met kwetsbare groepen (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d., Kramer, 2021). Houdt rekening met laaggeletterdheid (De

Been, Van den Muijsenbergh, Duijnhoven; 2018). Kom in contact met mensen. Investeer in de relatie die u met de persoon opbouwt. Zet in op langdurige projecten, waardoor u een vertrouwensband creëert met de deelnemers (Kramer, 2021; Bodha, 2020). Stel hen de vraag: 'Wat wil jij?' (Huber, 2011).

Inzetten op motivatie

Het inzetten op motivatie van de deelnemers wordt ook als werkzaam element voor mensen met een lage SES benoemd in verschillende onderzoeken (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Het inzetten op motivatie van de deelnemers staat in het overzicht van gedragsveranderingstechnieken, ontwikkeld door de gedragswetenschappers Abraham en Michie in 2008. Zij hebben een overzicht gemaakt van alle gedragstechnieken tot dan toe benoemd in de literatuur en kwamen tot 26 gedragsveranderingstechnieken. Zij hebben ook codes gegeven aan deze gedragstechnieken en een app gemaakt van deze codes (Abraham & Michie, 2008). In het overzicht van gedragsveranderingstechnieken, staan verschillende technieken om in te spelen op de motivatie van deelnemers. Eigenlijk is iedere gedragsveranderingstechniek een methode om in te spelen op iemands motivatie. Informatie geven over dat bewegen kan helpen in het verlagen van stress, kan iemand van een lage SES helpen om te gaan bewegen (Appendix IV.14). Dit is een gedragsveranderingstechniek: geef informatie over gedrag en gezondheid (Abraham & Michie, 2008). Verder is het belangrijk drempels te identificeren en die weg te nemen (Appendix IV.14; Abraham & Michie, 2008). Algemene aanmoediging om naar de interventie te komen helpt ook (Abraham & Michie, Appendix IV.9). Verder kan men inzetten op plezier en beloningen (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.; Abraham & Michie; Kok et al., 2016).

Inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers

Het inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen wordt als werkzaam element voor mensen met een lage SES benoemd in onderzoeken (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Het inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen is belangrijk bij mensen met een lage SES. Vaak hebben zij weinig vertrouwen in hun eigen vermogen. Vooral bij mensen die moeite hebben met lezen en schrijven, is het vertrouwen in eigen vermogen laag. Door hierop in te spelen, kan de effectiviteit van een interventie worden verhoogd (De Been, Van den Muijsenbergh, Duijnhoven; 2018). Er zijn verschillende gedragsveranderingstechnieken om hierop in te spelen. Een voorbeeld is het starten met een makkelijk uit te voeren taak (Abraham & Michie, 2008; Appendix IV.9; Appendix IV.14). Elementen van sport en vertrouwen in eigen vermogen kunnen worden gecombineerd (Appendix IV.9). Verder is het stellen van kleine doelen belangrijk, waardoor er positieve ervaringen ontstaan. Bekrachtig deze. Bied ruimte om iemand zijn/haar verhaal te vertellen. Een coachende aanpak is belangrijk (De Been, Van den Muijsenbergh, Duijnhoven; 2018; Kok et al., 2016).

Inspelen op het groepsgevoel

Onderzoeken tonen aan dat inspelen op het groepsgevoel een belangrijk werkzaam element is voor mensen met een lage SES (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). Inspelen op het groepsgevoel staat in het overzicht van gedragsveranderingstechnieken van Abraham & Michie. Zij geven het voorbeeld van buddy systemen (Abraham & Michie, 2008). In het overzicht van Kok staan ook voorbeelden van gedragsveranderingstechnieken die inspelen op het groepsgevoel. Een voorwaarde is dat de omgeving positieve verwachtingen heeft van elkaar en elkaar op een positieve manier coacht (Kok et al., 2016). Een strategie voor volwassenen kan bijvoorbeeld zijn om naast het sporten ook andere dingen met elkaar te doen, zoals een kookworkshop (Appendix IV.2).

Vertrouwde omgeving

Een vertrouwde omgeving wordt ook als werkzaam element voor mensen met een lage SES benoemd in verschillende onderzoeken (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). In het overzicht van Abraham & Michie staat weinig over de plek waar de interventie wordt gehouden, behalve dat het belangrijk is om drempels weg te halen, waarbij een niet-vertrouwde omgeving als een drempel kan worden beschouwd. In het overzicht van Kok wordt ook weinig gezegd over de vertrouwde omgeving, behalve dat het belangrijk is om uw eigen omgeving aan te passen, zodat de gedragsverandering makkelijker plaats kan vinden, onder de noemer: facilitation (Kok et al., 2016). In de tool van Pharos worden duidelijke strategieën benoemd om rekening te houden met een vertrouwde omgeving. Niet iedereen wil sporten op een publieke plek, houd daar rekening mee. Vrijheid in wat voor sportkleding er wordt gedragen is ook belangrijk. Misschien helpt het ook als de deelnemer een bekende kan meenemen. Daarnaast is er soms de eerste keer begeleiding nodig om de locatie te kunnen vinden. Kies een locatie op loopafstand die herkenbaar is (De Been, Van den Muijsenbergh, Duijnhoven; 2018).

Vervolgaanbod

Een vervolgaanbod komt voor als werkzaam element voor mensen met een lage SES in verschillende onderzoeken (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). In het overzicht van Abraham en Michie staat dat het voorkomen van terugval belangrijk is. Een manier om hierop in te spelen is: bedenk in welke situaties terugval zou kunnen voorkomen. Bedenk van tevoren acties om de terugval te kunnen voorkomen. Hetzelfde wordt benoemd in het overzicht van Kok (Kok et al., 2016). Verder kan het advies in de Tipkaarten voor kinderen van het Kenniscentrum sport & bewegen ook worden gebruikt voor volwassenen. Kort samengevat is deze: probeer samen te werken met lokale sportverenigingen, om zo tot een aantrekkelijk aanbod te komen voor mensen om lid te worden van een lokale vereniging. U kunt ook de mensen al eerder betrekken bij de activiteiten van een sportclub, om ze zo kennis te laten maken en verbonden te laten voelen met de vereniging (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.).

Goede samenwerking tussen externe partijen

Een goede samenwerking tussen externe partijen wordt als werkzaam element voor mensen met een lage SES benoemd in verschillende onderzoeken (Bodha, 2020; Willemsen, 2018). In de tipkaarten van Kenniscentrum Sport & Bewegen wordt geadviseerd om contact te maken met andere organisaties in de wijk, die werken met kwetsbare groepen: benut de vertrouwensband die deze organisaties wellicht al hebben met de doelgroep. Denk aan organisaties zoals de wijkteams (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.). Probeer samen met andere organisaties praktische belemmeringen te overkomen zoals vervoer, sportkleding, kosten, werving van deelnemers en taalbarrières. Regel een taalcoach waar nodig (Appendix IV.12).

7.3 Discussie en conclusie

Om mensen van een lage SES te helpen met hun gezondheidsproblemen, is een aanbod nodig dat aansluit bij de doelgroep. Vaak slaat het aanbod aan leefstijlinterventies wel aan bij mensen van hoge SES, maar niet aan bij mensen van lage SES. In verschillende onderzoeken zijn werkzame elementen gevonden die passen bij mensen van een lage SES. Op basis van deze werkzame elementen is een tool ontwikkeld die door buurtsportcoaches gebruikt kan worden. In dit onderzoek is met name gefocust op sport- en beweeginterventies. Uit de interviews met verschillende betrokken blijkt dat de tool nuttig kan zijn bij het aansluiten bij de doelgroep van mensen van een lage SES.

Kortom, sport- en beweeginterventies kunnen van grote meerwaarde zijn voor iemand van lage SES met gezondheidsproblemen. Daarom is het belangrijk om sport- en beweeginterventies goed aan te laten sluiten bij mensen van een lage SES voor het beste resultaat. De tool die is ontwikkeld kan daaraan bijdragen.

Hoofdstuk 8: Conclusie onderzoek

Ik zal in dit hoofdstuk antwoorden geven op alle deelvragen in mijn onderzoek. De conclusies van de wetenschappelijke analyse, de beleidsanalyse, de interne analyse en de externe analyse zullen worden samengevoegd tot één verhaal. Vervolgens zal hieruit een brede conclusie worden getrokken.

Er kunnen verschillende conclusies getrokken worden uit dit onderzoek. Ten eerste, in de wetenschappelijke analyse is gebleken dat er verschillende definities zijn van gezondheid, die beiden voor- en nadelen hebben in de praktijk. Ten tweede, in het Noorden van Nederland wonen de meeste mensen met een lage SES in vergelijking tot de rest van Nederland. Ten derde, in Friesland hebben mensen van lage SES vaker last van depressie, angst, overgewicht en ervaren ze een verminderde mate van regie over het leven, ten opzichte van mensen met een hoge SES. Ten vierde, sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden van generatie op generatie doorgegeven. Om dit patroon te doorbreken is veel continue hulp nodig bij verschillende generaties op verschillende vlakken/domeinen: een integrale aanpak dus. Ten vierde, het effect van bewegen op gezondheid is positief. Succesvolle praktijkvoorbeelden om mensen van lage SES meer te laten bewegen zijn nodig om rekening te kunnen houden met de gezondheidsproblemen zoals overgewicht en depressie.

Vervolgens is er een interne en externe analyse gedaan. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de GGD Fryslân een complexe organisatie is. Dit heeft invloed op de interne afstemming en communicatie, die soms veel tijd in beslag neemt. Vanuit de externe analyse kunnen we concluderen dat partijen zoals de HANNN en De Friesland goed samenwerken met de GGD Fryslân. Dit komt door het netwerk Aletta Fryslân en de FPA. Verder zouden gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân meer kunnen investeren in de lokale netwerken: gebruik maken van de expertises van andere lokale partijen zoals de buurtsportcoaches, het welzijnswerk en de opbouwwerkers. Het is belangrijk dat die partijen weten waarvoor ze de gezondheidsbevorderaar kunnen contacten en ook hoe ze de gezondheidsbevorderaar kunnen vinden. Hierdoor kan de gezondheidsbevorderaar ook passende interventies adviseren. Het welzijnswerk kan een grote rol spelen in het leren kennen van de doelgroep. Het is belangrijk dat de gezondheidsbevorderaar daar gebruik van maakt.

Hoofdstuk 9: Discussie onderzoek

In vorig hoofdstuk heeft u de conclusie kunnen lezen van dit gehele onderzoek. Ik zal in dit hoofdstuk beargumenteren wat de limitaties zijn van de opzet van mijn onderzoek.

Positieve gezondheid

In de wetenschappelijke analyse is een korte overdenking van het begrip gezondheid gegeven. Het zou interessant zijn om een definitieve beslissing te kunnen maken over wat het begrip gezondheid betekent. De ontwikkeling van het begrip gezondheid is nog in volle gang. Het is nu te vroeg om een definitie te bepalen. Desondanks heb ik in de rest van mijn onderzoek niet duidelijk aangegeven wat ik zelf bedoel met gezondheid. Dit is een onduidelijkheid in mijn verslag als gevolg van onduidelijkheid over begrip zelf. Ik had meer kunnen uitweiden over de effecten van bewegen op de zes domeinen van positieve gezondheid, maar de tijd was een limiterende factor. Het zou interessant zijn om in het vervolg te onderzoeken hoe de definitie van positieve gezondheid terug kan komen in het aanbod van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage SES. Het zou goed zijn te

onderzoeken wat het begrip 'positieve gezondheid' teweeg brengt bij mensen met een lage SES. Klopt het dat het te veel verantwoordelijkheid brengt naar het individu om zelf te kunnen omgaan met ziekte en stress? Klopt het dat het helpt om gezondheid te zien als iets dat niet per sé volmaakt is, maar wel iets is dat persoonlijke inbreng vergt? Het zou interessant zijn om te onderzoeken hoe positieve gezondheid kan bijdragen aan het aanpassen van interventies aan mensen met een lage SES. Een stap verder zou zijn om de bevindingen te verwerken in de tool met werkzame elementen voor de lage SES.

Interventies voor mensen met een lage SES

Een tweede limitatie van mijn onderzoek is dat ik niet heb onderzocht wat mensen van de lage SES vinden van interventies die speciaal voor hen zijn ontwikkeld. De vraag is of het überhaupt zou moeten dat er interventies specifiek voor die doelgroep worden ontwikkeld. Wat voor gevoel geeft dat aan hun? Wat voor gevoel geeft het dat ze in het hokje 'lage SES' worden gezet? Is het misschien ook een idee om het bestaande aanbod ook op hen te laten aanpassen, maar ook toegankelijk te laten zijn voor mensen van hoge SES? Verder zijn er dus interventies speciaal ontwikkeld voor deze doelgroep, maar blijken er nog steeds problemen te zijn met de opkomst. Bij het accepteren van de commissie van een interventie als zijnde 'geschikt' voor mensen van lage SES, wordt er gekeken naar de werving strategieën en samenwerkingspartners betrokken bij het aanbod. Er wordt gekeken of de beoogde doelgroep bereikt kan worden met de interventie. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt de interventie gelabeld als 'geschikt' voor mensen van een lage SES. Toch zijn er nog steeds problemen met het behalen van effecten bij deze interventies voor mensen met een lage SES. Het zou goed zijn om te specificeren in het interventieoverzicht van het CGL, dat 'geschikt voor SES', nog niet betekent dat de interventie gegarandeerd werkt bij mensen met een lage SES.

Leefstijlverandering bij mensen met een lage SES

Een derde limitatie in de lijn van de tweede limitatie, is dat er in dit onderzoek vanuit is gegaan dat mensen van een lage SES hun leefstijl willen veranderen. Dit is iets wat vaak gebeurt door beleidsmakers. Er wordt geconstateerd dat mensen van een lage SES zes jaar korter leven, en vijftien jaar korter leven in goede gezondheid in vergelijking tot mensen van een hoge SES (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019; Stam et al., 2008). Omdat mensen van een lage SES korter leven en vaker ziekte ervaren, hoeft het nog niet zo te zijn dat zij daar zelf iets aan willen doen. Het kan zijn dat de leefstijlverandering te veel door de overheid aan hen wordt opgelegd. Aan de andere kant, is mijn onderzoek vooral gefocust op mensen die al bij een interventie lopen. Hoe zorgt u ervoor dat voor die mensen de interventie een succes is? Dat is voornamelijk de vraag van mijn onderzoek.

Behoefte van de doelgroep

Een vierde limitatie van mijn onderzoek is dat ik niet zelf het onderzoek heb gedaan naar de werkzame elementen voor de lage SES. Ik heb een literatuuronderzoek gedaan. Het kan zijn dat een literatuuronderzoek naar de werkzame elementen voor mensen met een lage SES niet de juiste strategie is om te ontdekken wat er werkt bij deze doelgroep. Door vanaf het begin mij te focussen op werkzame elementen, kan het zijn dat ik andere oplossingen voor de aanpassing van het gezondheidsbeleid op mensen met een lage SES heb gemist in mijn onderzoek. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de buddy. In Groningen bestaat er het project 'Kansrijk Oost' wat een buddy aanbiedt aan gezinnen van lage SES. Deze buddy helpt hen met het aankloppen bij hulporganisaties. De buddy is een maatje voor het gezin. Dit is veelbelovend omdat het een persoonlijke manier is van mensen met lage SES te helpen. Het is ook erg integraal, omdat de buddy de familie helpt met allerlei verschillende problemen: van schulden tot gezondheidsproblemen. Verder speelt het ook in op de zelfregie van positieve gezondheid. De buddy vraagt aan het gezin: wat heeft u nodig? Wat wilt u? Wanneer dit bijvoorbeeld een fiets is, dan wordt er een fiets geregeld. Deze aanpak heeft veel effect. Verder helpt het focussen van mijn hoofdvraag op sport- en beweeginterventies niet met het onderzoeken van de integrale aanpak voor mensen met een lage SES. Vaak hebben mensen van lage

SES te veel stress om zich bezig te houden met een gezonde leefstijl. De stress is iets waar ze eerst hulp voor nodig hebben, voordat ze kunnen werken aan een gezonde leefstijl (Hosper & Van Loenen, 2021). Daarnaast moet er ook rekening worden gehouden met praktische zaken. Wellicht heeft een arm gezin geen goed fornuis om op te koken, bijvoorbeeld. Verder moet er rekening worden gehouden met culturele verschillen. Het kan best zijn dat in een bepaalde cultuur het ongewoon is om te sporten buiten. Het kan zelfs zijn dat de man de vrouw verbiedt dit te doen omdat het ongewoon is en niet past bij hun cultuur. Dan kunt u niet zomaar met iedere vorm van sport aankomen zetten. Het zou interessant zijn om deze praktische zaken nog meer te onderzoeken.

Praktische uitwerking van de tool

Een vijfde limitatie gaat over de implementatie van de tool. Er is niet onderzocht hoe u een buurtsportcoach zou kunnen motiveren de tool te gebruiken. Een andere limiterende factor van de tool zou kunnen zijn dat het lastig te bepalen is wanneer er goed wordt ingespeeld op een werkzaam element. Een voorbeeld: wanneer betreft u de doelgroep goed genoeg? En: wanneer wordt er voldoende ingespeeld op het vertrouwen in eigen vermogen? Aangezien de tool nu alleen nog dient als reflectiemiddel, kan het erg persoonsgebonden zijn wanneer iemand het goed genoeg vindt. Omdat werkzame elementen nog weinig onder de aandacht zijn gebracht, is dit het eerste doel van de tool. Het monitoren en evalueren is nog een stap te ver. Om die reden heb ik mij nog niet met het beoordelen van de reflectie bezig gehouden. Het is de bedoeling dat de buurtsportcoach, adviseur publieke gezondheid en gezondheidsbevorderaar samen tot verbeteringen komen met de kennis en expertise die zij hebben.

Wie zet de extra stap

Een ander discussiepunt kan zijn dat het misschien niet lastig is voor deze partijen om te bedenken wat er zou moeten veranderen, maar wie zet die extra stap? Ik heb een voorbeeld in mijn tool gegeven bij het werkzame element motivatie: geef de deelnemers een dag van tevoren een telefonische peptalk. Wanneer de buurtsportcoach dit moet doen bij iedere interventie, wordt er wel veel gevraagd van de buurtsportcoach. Goede praktijkvoorbeelden zijn nodig om te bepalen wat haalbaar is en wat niet. Een scenario zou zijn om de tool te testen in een gemeente en hieruit nuttige praktijkvoorbeelden te halen van hoe iemand kan inspelen op ieder werkzaam element. Een kennisplatform is nodig om deze praktijkvoorbeelden in te verzamelen. Er is aangegeven door de gezondheidsbevorderaars dat hieraan behoefte is. Daarentegen, is er een ontwikkeling gaande in het netwerk Aletta Fryslân en de FPA om zo'n platform op te zetten. Wellicht kan dit gecombineerd worden met de uitvoering van de tool.

Gebruikerswensen

Een zesde limitatie ten opzichte van de tool is dat er al tools waren voor werkzame elementen bij de lage SES. Uit mijn interviews met buurtsportcoaches en gezondheidsbevorderaars is naar voren gekomen dat deze tools niet bekend waren bij hen. Het enige wat af en toe wordt ingezet zijn de tipkaarten van Kenniscentrum Sport & Bewegen. Om die reden verwijs ik naar deze tipkaarten in mijn tool. Het zou interessant zijn geweest om te onderzoeken waarom die bestaande tools niet werden gebruikt. Dit heb ik op summiere wijze gedaan. Ik ben nagegaan bij het instructieplatform van de GGD Fryslân of daar de tools worden getoond. Dit was niet het geval, omdat de tools niet voldeden aan eisen die er aan dat instructieplatform worden gegeven, namelijk dat het lesmateriaal moet zijn. Verder waren de tools te uitgebreid en voldeden de tools niet aan de wensen van de GGD Fryslân qua vormgeving en vraagstelling. Mijn tool heb ik ontwikkeld op basis van deze wensen, maar ook op basis van wensen van externe partijen. Daarom kan ik zeggen dat mijn tool meer kans zal hebben om daadwerkelijk gebruikt te worden. Een uitgebreider onderzoek naar gebruikerswensen van deze verschillende tools zou nog meer verheldering geven over wat het maakt dat iemand aan de slag gaat met een tool of niet.

Vergelijking GGD Drenthe en GGD Fryslân

In Friesland zijn er meer middelen beschikbaar voor de GGD dan in Drenthe, waardoor er bij de GGD Fryslân ook meer gezondheidsbevorderaars werken dan bij de GGD Drenthe (Appendix IV.7). Ondanks dat er weinig middelen beschikbaar zijn in Drenthe voor de gezondheid bevorderende taak in vergelijking tot Friesland, zijn er in Drenthe ook succesvolle ontwikkelingen. Zij hebben 160 wijkprofielen gemaakt. Vanuit daar gaan zij kijken wat er in elk gebied in Drenthe nodig is. Alle gemeenten hebben een eigen werkgroep die dat doet. Iedere werkgroep heeft ongeveer dezelfde samenstelling, maar het verschilt wel per gemeente. De samenstelling kan zijn:

1. Inwoners (vaak wel de meest betrokken inwoners)
2. Buurtsportcoach
3. Iemand van het welzijnswerk
4. Huisarts
5. Jongeren op gezond gewicht (JOGG) regisseur
6. Gezondheidsbevorderaar
7. Beleidsmedewerker van de gemeente gespecialiseerd op volksgezondheid

Het gebruik maken van de expertise van bijvoorbeeld welzijnswerk is erg belangrijk, aangezien die de doelgroep goed kennen. De GGD Drenthe geeft aan dat er verandering heeft plaatsgevonden in hoe de GGD Drenthe te werk gaat. Door de werkgroepen wordt er niet meer 'over' de andere partij gesproken, maar werkt de GGD Drenthe 'samen' met de andere partij (Appendix IV.7). Deze sterke lokale aanpak is er ook in de Friese gemeenten. Lokaal maar ook provinciaal is er een actieve betrokkenheid van inwoners en andere lokale partijen. Het mooie is dat Friesland naast een lokale aanpak, met lokale preventieakkoorden ook de FPA heeft.

Verschillen tussen gemeentes binnen Friesland

Bovendien: een interessant discussiepunt is de borging van gezondheidsbevordering in de wet publieke gezondheid. In de wet publieke gezondheid staat dat gezondheidsbevordering één van de taken is van de GGD Fryslân, maar deze taak is niet goed vastgelegd. De gemeenten in een provincie mogen bepalen hoeveel middelen er vrijkomen voor gezondheidsbevordering per gemeente in de provincie. Het totale aantal middelen dat er vrijkomt bepaalt hoe groot de gezondheid bevorderende taak van de GGD mag zijn. In Friesland zijn er dus meer middelen beschikbaar voor de GGD dan in Drenthe (Appendix IV.7). Maar in Friesland zijn er ook verschillen per gemeente. Hierdoor is er in de ene gemeente meer beschikbaar om de samenwerkingen tussen buurtsportcoach, gezondheidsbevorderaar en sociaal wijkteam tot een succes te brengen, dan in de andere gemeente in Friesland. Hoeveel geld er beschikbaar is op het vlak van gezondheidsbevordering heeft effect op de samenwerking tussen partijen. De gezondheidsbevorderaar kan hierin een belangrijke schakel zijn, maar dan moeten er wel voldoende uren beschikbaar zijn voor de gezondheidsbevorderaar. Het is goed om deze verschillen per gemeente in acht te nemen bij het uitrollen van de tool.

Hoofdstuk 10: Advies

In dit hoofdstuk zal ik een toegespitst advies geven aan de GGD Fryslân. Het is de vertaling van de conclusie van het verslag naar een concreet advies voor de GGD Fryslân. In dit advies wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek:

- Hoe kan de GGD Fryslân via de FPA de kennis van werkzame elementen gebruiken om de lokale aanpak van sport- en beweeginterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status beter te ondersteunen in de Friese gemeenten?

Mijn advies aan de GGD Fryslân bevat ten eerste, dat de **gezondheidsbevorderaar de belangrijkste schakel** zou moeten zijn in het lokale netwerk van de gemeente. Hij/zij is belangrijk in het overbrengen van het nut van de tool in het lokale netwerk van de gemeente. De gezondheidsbevorderaar zou goed kunnen uitleggen hoe de tool werkt, aangezien dat de kracht is van een gezondheidsbevorderaar: de juiste informatie overbrengen aan de uitvoerende partij. Naast dat de gezondheidsbevorderaar informeert over de juiste interventies aan partijen zoals scholen en buurtsportcoaches, kan de gezondheidsbevorderaar deze tool aanbevelen en uitleggen. Bovendien is het ook in algemene zin belangrijk dat de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân actief is in lokale netwerken. Hierdoor kan de gezondheid bevorderende wettelijke taak van de GGD Fryslân zo goed mogelijk uit de verf komen. Het mooiste zou natuurlijk zijn als de gezondheid bevorderende taak van de GGD Fryslân beter zouden worden vastgelegd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nu liggen de taken niet goed vast in de wet publieke gezondheid. Daarom is het belangrijk om in de lokale netwerken als gezondheidsbevorderaar alsnog goed aanwezig te zijn.

Ten tweede, is mijn advies aan de GGD Fryslân om goed te kijken hoe deze tool te **promoten** is, om zo **draagvlak** te creëren bij het sociale wijkteam, buurtsportcoaches en andere gebruikers van de tool. Dit is mijn dringend advies, omdat bekendheid van de tool ervoor kan zorgen dat de tool echt wordt gebruikt door deze partijen.

Ten derde, verzamel bij het gebruik van de tool ook **praktijkvoorbeelden**. Zorg dat er een plek is waar deze aangeleverd kunnen worden. Praktijkvoorbeelden kunnen ervoor zorgen dat een gemeente waarde ziet in de tool, doordat er voorbeelden zijn van succes. Daarnaast kunnen praktijkvoorbeelden voor uitvoerende partijen als extra handvaten dienen naast de aangeleverde strategieën. Gezondheidsbevorderaars geven aan dat uitvoerende partijen deze voorbeelden nodig hebben om een praktisch beeld te kunnen vormen bij het werkzame element. Zo weten de uitvoerende partijen beter weten waar ze kunnen starten.

Ten vierde, is het belangrijk om de tool te **testen in een gemeente**. Test bijvoorbeeld met een buurtsportcoach of het de interventie goed doet om de tool in te zetten, en maak ook een controle groep. Wanneer de interventie opbloeit door de tool, zullen er meer mensen komen en die zullen ook blijven komen. Zo kan de tool gevalideerd worden als werkzaam.

Ten vijfde, is mijn advies om de tool niet alleen te gebruiken bij erkende sport- en beweeginterventies, maar ook bij **andere leefstijlinterventies** en **niet- erkende interventies**. De werkzame elementen gelden immers voor alle leefstijlinterventies. Daarnaast kan na validatie van de tool, de tool ook worden ingezet om niet-erkende initiatieven werkzaam te verklaren met behulp van de tool. Denk hierbij aan de voorbeelden La Forsa en Sport058 samen sterk uit Smallerland. La Forsa is opgezet door S. El Idrissi, wereldkampioene Taekwondo. La Forsa helpt jonge meiden van lage SES meer te sporten en meer zelfvertrouwen te ontwikkelen. Sport058 samen sterk is opgericht door J. Ramdat. Nadat hij zelf gezonder is gaan leven motiveert hij nu andere mensen van lage SES om meer te gaan sporten in zijn omgeving (Bhoda, 2020).

Ten zesde, is mijn advies om **in ontwikkeling te blijven** met de tool. Test de tool bij de eindgebruiker: is de tool gebruiksvriendelijk? Hebben zij tips om de tool op aan te passen? Verder is mijn advies om in de toekomst de nieuwe kennis over werkzame elementen te verwerken in de tool. Het gebied van werkzame elementen is nog nieuw, daarom kunnen er nieuwe ontwikkelingen plaats vinden. Bovendien, kan met behulp van praktijkvoorbeelden het stukje over strategieën nog meer aangevuld

worden. Hier kunnen ook nieuwe onderzoeksvragen uitrollen voor nieuwe stagiaires bij de GGD Fryslân, bijvoorbeeld:

- Hoe motiveer je en betrek je mensen van lage SES?
- Hoe verzamel je praktijkvoorbeelden bij de tool?
- Hoe kan de tool worden gedigitaliseerd?

Hoofdstuk 11: Implementatie

In het vorige hoofdstuk heb ik een advies gegeven aan de GGD Fryslân. In dit hoofdstuk zal ik een stappenplan leveren. Het is de vertaling van het advies in concrete stappen. De rol van verschillende actoren in dit stappenplan wordt hierin ook belicht. Kort gezegd: wie moet wat doen, en in welke volgorde?

Gezondheidsbevorderaar is de schakel in lokale netwerken

De gezondheidsbevorderaar is een belangrijke schakel in het overbrengen van het nut van de tool in het lokale netwerk van de gemeente. De gezondheidsbevorderaar legt uit aan het sociale wijkteam en de buurtsportcoaches hoe de tool werkt. Naast dat het bevorderlijk is voor het gebruik van de tool, is het ook in algemene zin belangrijk dat de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân actief is in lokale netwerken. Hierdoor kan de gezondheid bevorderende wettelijke taak van de GGD Fryslân zo goed mogelijk uit de verf komen. Stappen die hierbij horen voor de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân zijn:

- Probeer als gezondheidsbevorderaar meerdere partijen te betrekken in de gemeentelijke lokale netwerken. Zoals betrokken inwoners en bijvoorbeeld het welzijnswerk.
- Wees als gezondheidsbevorderaar actief in deze lokale netwerken. Zorg ervoor dat de partijen u weten te vinden. Dit is ook belangrijk voor de promotie van de tool aan andere partijen in het lokale netwerk van de gemeente;
- Wanneer er advies nodig is over het gebruik van de tool, wijs ik de gezondheidsbevorderaar aan als adviserende partij.

Promotie

Om een breed draagvlak voor het gebruik van de tool te creëren, is promotie nodig. De stappen hierbij zijn:

- De communicatie adviseur kan een logische plek vinden voor de tool op de FPA website.
- Een adviseur publieke gezondheid kan contact opnemen met één medewerkers van de Gezond in de Stad (GIDS) aanpak, en kan peilen of er een plekje is voor de tool op de website van de GIDS aanpak. De GIDS aanpak is een aanpak om gezondheidsverschillen te verkleinen in gemeentes, deze aanpak wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en uitgevoerd door Pharos en Platform 31 (Nationaal kennisinstituut voor Stad en Regio);
- Een gezondheidsbevorderaar in het provinciale sportambtenaren overleg, kan de tool promoten in het provinciale sportambtenaren overleg.

Verzamel praktijkvoorbeelden

- Verzamel praktijkvoorbeelden per werkzaam element, dit helpt om de tool onder de aandacht te brengen bij de gemeente, maar het helpt ook buurtsportcoaches om aan de slag te gaan met de werkzame elementen. Een student van de studie Communication & Multimedia Design kan wellicht een platform bedenken om online de praktijkvoorbeelden te kunnen delen met andere gemeenten. Dit kan ook gekoppeld worden aan het domein: 'Delen wat werkt' van de FPA. Daarnaast is Aletta Fryslân ook een kennisplatform aan het

ontwikkelen: de Undersikersfield Kaart. Daar zou ook een koppeling mee kunnen worden gemaakt met de praktijkvoorbeelden die bij de tool worden verzameld.

Test de tool

Tijdens het overleg met gezondheidsbevorderaars en adviseurs publieke gezondheid van de GGD Fryslân, is naar voren gekomen dat het testen van de tool voor in de toekomst er belangrijk is. De stappen die hierbij horen zijn:

- Een gezondheidsbevorderaar kan een gebruikershandleiding maken van de tool;
- Een adviseur publieke gezondheid kan een protocol maken om de tool mee te kunnen testen;
- In een nieuw stageproject kan de tool door een stagiaire getest worden in een gemeente in Friesland. Laat een buurtsportcoach de tool gebruiken bij interventies voor mensen met een lage SES, maar schakel ook een controlegroep in.

Zet de tool in voor andere doeleinden

De tool is ontwikkeld voor sport- en beweeginterventies, maar kan in de toekomst ook zeker worden gebruikt voor andere leefstijlinterventies. De werkzame elementen gelden immers voor alle leefstijlinterventies. Daarnaast kan na validatie van de tool, de tool ook worden ingezet om niet-erkende initiatieven werkzaam te verklaren met behulp van de tool. De stappen die hierbij horen zijn:

- De gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân kan de tool ook promoten voor andere leefstijlinterventies. In Súd-west Fryslân wil gezondheidsbevorderaar Akke Hofstee de tool testen voor de interventie 'Stoppen met roken';
- Wanneer de tool een aantal keren is getoetst en daardoor zowel gevalideerd als betrouwbaar is, kan de tool ook dienen voor initiatieven die moeilijk aantoonbaar zijn als werkbaar, zoals La Forsa en Sport058 samen sterk. De gezondheidsbevorderaar of een beleidsadviseur van de GGD Fryslân kan dit aanbevelen bij deze initiatieven.

Blijf in ontwikkeling

Ook al is de tool nu klaar om te gebruiken, het is belangrijk om de tool te blijven door ontwikkelen. Er kunnen bijvoorbeeld vervolgprojecten ontstaan voor nieuwe stagiaires bij de GGD Fryslân. De stappen die hierbij horen zijn:

- Blijf in ontwikkeling met de tool: toets ook op gebruikersvriendelijkheid. Vinden buurtsportcoaches en welzijnswerkers dit een fijne tool om mee te werken? Dit kan een taak zijn van een stagiaire die de tool op werkzaamheid wilt gaan testen;
- Blijf ook in ontwikkeling met de tool op het gebied van werkzame elementen. Werkzame elementen zijn een nieuwe ontwikkeling, waardoor er jaarlijks meer kennis vrijkomt over dit begrip. Blijf de tool daarmee vernieuwen. Dit kan een taak zijn voor het netwerk Aletta Fryslân of de academische werkplaats publieke gezondheid van de GGD Fryslân;
- Onderzoek nog meer strategieën per werkzaam element. Dit kan worden gekoppeld met de eerder genoemde praktijkvoorbeelden. Hier kan ook een nieuwe stagiaire bij de GGD Fryslân aan werken. Bijvoorbeeld de vraag: hoe motiveer en betrek je mensen van een lage SES? Is erg belangrijk. Hier kan nog meer onderzoek naar gedaan worden.

Bronvermelding

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health psychology*, 27(3), 379.
- Actiz. (2014). Eigen regie: een sociaal begrip. Position Paper eigen regie juli 2014.
- Aldiss, P., Betts, J., Sale, C., Pope, M., Budge, H., & Symonds, M. E. (2018). Exercise-induced 'browning' of adipose tissues. *Metabolism*, 81, 63-70.
- Allesoversport. (2019). Van beweegnorm naar beweegrichtlijnen: wat verandert er? Geraadpleegd 08-02-2021 op <https://www.allesoversport.nl/thema/beleid/van-beweegnorm-naar-beweegrichtlijnen-wat-verandert-er/>
- Alwan, A., MacLean, D. R., Riley, L. M., d'Espaignet, E. T., Mathers, C. D., Stevens, G. A., & Bettcher, D. (2010). Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 376(9755), 1861-1868.
- American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5[®]. Uitgeverij Boom.
- Balling, C., Schreurs, H., Renders, C., Kooiker, S., & van Ameijden, E. (2013). Een inkijk in verhalen achter leefstijlgevoontes. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(5), 263-269.
- Bassuk, S. S., & Manson, J. E. (2005). Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of applied physiology*.
- Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. A. (2020). *Neuroscience: Exploring the brain*. Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Benn, R. T. (1970). Indices of height and weight as measures of obesity. *British journal of preventive & social medicine*, 24(1), 64.
- Bhoda, B. (2020). Wat werkt in de Friese Preventie Aanpak? Academische werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2016). Home life and the development of competence in mathematics: Implications of research with the HOME inventory. In *Early childhood mathematics skill development in the home environment* (pp. 29-49). Springer, Cham.
- Brink, C., and N. Van der Veen. "Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid." *De begrippen ontward: MOVISIE AVI* (2013).
- Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthistle, I., & Earls, F. J. (2001). Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences. *American journal of orthopsychiatry*, 71(3), 298-310.
- Bukman, A. J. (2016). Targeting persons with low socioeconomic status of different ethnic origins with lifestyle interventions: opportunities and effectiveness (Doctoral dissertation, Wageningen University).
- Carver, A., Timperio, A., & Crawford, D. (2008). Playing it safe: The influence of neighbourhood safety on children's physical activity—A review. *Health & place*, 14(2), 217-227.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Gezondheid en zorggebruik: diabetes naar onderwijsniveau. Geraadpleegd 17-6-2021 op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=F25F>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Leefstijl en preventie; geslacht, leefstijl, persoonskenmerken: rookstatus. Geraadpleegd 17-6-2021 op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83385NED/table?dl=C9D4>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau; 2011/2014 – 2015/2018. Geraadpleegd 18-03-2021 op: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83780NED&LA=NL>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017) Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau. Statline 2017. Geraadpleegd 4-6-2021 op: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83780NED&LA=NL>
- Chen, E., & Miller, G. E. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 723-749.

- Chen, E., & Miller, G. E. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 723-749.
- Choi, K. W., Kim, Y. K., & Jeon, H. J. (2020). Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Anxiety Disorders*, 219-235.
- Conference, I. H. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983.
- Conger, K. J., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. (1994). Sibling relations during hard times.
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 175-199.
- Conway, B., & Rene, A. (2004). Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity Reviews*, 5(3), 145-151.
- Craft, L. L. (2013). Potential psychological mechanisms underlying the exercise and depression relationship.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(5), 325-331.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., ... & Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Glucose). (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2·7 million participants. *The lancet*, 378(9785), 31-40.
- De Been, M., Van den Muijsenbergh & M., Duijnhoven, T. (2018). Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Wat maakt het verschil? Pharos.
- De Jong, E., Visscher, T. L. S., HiraSing, R. A., Seidell, J. C., & Renders, C. M. (2015). Home environmental determinants of children's fruit and vegetable consumption across different SES backgrounds. *Pediatric obesity*, 10(2), 134-140.
- De Matteis, R., Lucertini, F., Guescini, M., Polidori, E., Zeppa, S., Stocchi, V., ... & Cuppini, R. (2013). Exercise as a new physiological stimulus for brown adipose tissue activity. *Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases*, 23(6), 582-590.
- Denham, S. A. (2003). Relationships between family rituals, family routines, and health. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 305-330.
- DiPietro, L., & Stachenfeld, N. S. (2017). Exercise treatment of obesity. *Endotext* [Internet].
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development*, 65(2), 649-665.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American psychologist*, 59(2), 77.
- Evans, G. W., Gonnella, C., Marcynyszyn, L. A., Gentile, L., & Salpekar, N. (2005). The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychological science*, 16(7), 560-565.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*, 303(1), 47-53.
- Fries sociaal plan bureau. (2019). Leven in Fryslân.
- Friese Preventieaanpak (2021). Conceptversie Programmaplan Friese Preventieaanpak.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role?. *Psychological bulletin*, 129(1), 10.
- Gezondheidsraad. (2017). Beweegrichtlijnen 2017. Geraadpleegd 22-3-2021 op: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017#:~:text=Volgens%20de%20nieuwe%20beweegrichtlijnen%20zouden,spier%2D%20en%20botversterkende%20activiteiten%20aanbevelen.>
- GGD Fryslân. (2016). Gezondheidsmonitor 19+. Geraadpleegd 22-3-2021 op: <https://www.ggd Fryslan.nl/professionals/cijfers-en-onderzoek/gezondheidsmonitor-19plus/>

GGD Fryslân. (2017). Projectportfolio GGD Fryslân.

GGD Fryslân. (2020). Startdocument Friese Preventie Aanpak.

GGD Fryslân. (z.d.) De taken van de GGD Fryslân. Geraadpleegd 17-6-2021 op https://www.ggd Fryslan.nl/media/3086/pijlers_ggd.png

GGD Fryslân. (z.d.). Beleidsplan gezondheid 2019 – 2022. Geraadpleegd 19-3-2021 op: <https://www.veiligheidsregio Fryslan.nl/media/3548/beleidsplan-gezondheid.pdf>

Ginis, K. A. M., McEwan, D., Josse, A. R., & Phillips, S. M. (2012). Body image change in obese and overweight women enrolled in a weight-loss intervention: The importance of perceived versus actual physical changes. *Body image*, 9(3), 311-317.

Gómez-Hernández, A., Beneit, N., Díaz-Castroverde, S., & Escibano, Ó. (2016). Differential role of adipose tissues in obesity and related metabolic and vascular complications. *International journal of endocrinology*, 2016.

Gordon, B. R., McDowell, C. P., Hallgren, M., Meyer, J. D., Lyons, M., & Herring, M. P. (2018). Association of efficacy of resistance exercise training with depressive symptoms: meta-analysis and meta-regression analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*, 75(6), 566-576.

Gordon, B. R., McDowell, C. P., Lyons, M., & Herring, M. P. (2017). The effects of resistance exercise training on anxiety: a meta-analysis and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Sports Medicine*, 47(12), 2521-2532.

Hagedoren, B. (2017). Vraag het de sportarts verzuurde kuit. Geraadpleegd 29-1-2021 op <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/vraag-het-de-sportarts-verzuurde-kuiten/#:~:text=Melkzuur%20bestaat%20uit%20lactaat%20en,meer%20aan%20en%20raken%20verzuurd>.

Hosper, K. & van Loenen, T. (2021). Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen. Pharos, expertise centrum gezondheidsverschillen.

Hosper, K., & Van Loenen, T. (2021). Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen. Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343.

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091.

Institute for positieve health. (z.d.) Geraadpleegd 3-6-2021 op: <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

Jirout, J., LoCasale-Crouch, J., Turnbull, K., Gu, Y., Cubides, M., Garzzone, S., ... & Kranz, S. (2019). How lifestyle factors affect cognitive and executive function and the ability to learn in children. *Nutrients*, 11(8), 1953.

Johannes, H., & Ernst, F. (2014). On the psychology of poverty. *Science*, 344(6186), 862-867.

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 24(2), 259-272.

Jungmann, N., & Madern, T. (2020). Bij wie speelt chronische stress?. In *Stress-sensitief werken in het sociaal domein* (pp. 43-63). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Kahn, R. S., Wise, P. H., Kennedy, B. P., & Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *Bmj*, 321(7272), 1311-1315.

Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539.

Karege, F., Perret, G., Bondolfi, G., Schwald, M., Bertschy, G., & Aubry, J. M. (2002). Decreased serum brain-derived neurotrophic factor levels in major depressed patients. *Psychiatry research*, 109(2), 143-148.

Kenniscentrum Sport & Bewegen. (z.d.) Beweegrichtlijnen. Geraadpleegd 17-6-2021 op:
<https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/beweegrichtlijnen/>

Kenniscentrum Sport & Bewegen. (z.d.) Checklist – Jeugd – Armoede – Sport – Bewegen. Geraadpleegd 22-3-2021 op:
<https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/checklist-jeugd-armoede-sport-2/>

Kenniscentrum Sport & Bewegen. (z.d.) Interventies. Geraadpleegd 19-03-2021 op:
https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/?action=ea_search&pagina=1&paged=0&sort=&q=&doelgroep%5B%5D=Lage%20ses

Kenniscentrum Sport & Bewegen. (z.d.) Tipkaarten – Jeugd – Armoede – Sport – Bewegen. Geraadpleegd 28-5-2021 op:
<https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/tipkaarten-jeugd-armoede-sport/>

Kessing, L. L., Norredam, M., Kvernrod, A. B., Mygind, A., & Kristiansen, M. (2013). Contextualising migrants' health behaviour-a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. *BMC Public Health*, 13(1), 1-10.

Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 353-361.

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation*, 37(16), 1490-1495.

Knill, C., & Tosun, J. (2008). Policy making.

Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G. J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A., ... & Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: an intervention mapping approach. *Health psychology review*, 10(3), 297-312.

Kramer, A. (2020). An Overview of the Beneficial Effects of Exercise on Health and Performance. *Physical Exercise for Human Health*, 3-22.

Kramer, A. (2020). An Overview of the Beneficial Effects of Exercise on Health and Performance. In *Physical Exercise for Human Health* (pp. 3-22). Springer, Singapore.

Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*, 18(1), 341-378.

Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *Jama*, 279(21), 1703-1708.

Lantz, P. M., House, J. S., Mero, R. P., & Williams, D. R. (2005). Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: results from the Americans' Changing Lives Study. *Journal of health and social behavior*, 46(3), 274-288.

Liu, J. J., Davidson, E., Bhopal, R. S., White, M., Johnson, M. R. D., Netto, G., ... & Sheikh, A. (2012). Adapting health promotion interventions to meet the needs of ethnic minority groups: mixed-methods evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(44), 1.

Locke, A., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American family physician*, 91(9), 617-624.

Loketgezondleven. (z.d.). Interventies zoeken. Geraadpleegd 19-03-2021 op:
https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken?&trefwoord=&title=0&approved=&theme=A09c_LA/BEW%20A09c_SPORT&setting=&target=A12_LAGESES&organisation=&review=&methodology=&count=50

Loketgezondleven. (z.d.). Veelgestelde vragen erkenningstraject. Geraadpleegd 17-03-2021 op:
<https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject/veelgestelde-vragen>

Loketgezondleven. (z.d.). Werkzame elementen: laten staan wat werkt. Geraadpleegd 14-01-2021 op:
<https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/werkzame-elementen>

Long, B. C., & Stavel, R. V. (1995). Effects of exercise training on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7(2), 167-189.

- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649-657.
- Manstead, A. S. (2018). The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 57(2), 267-291.
- Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: A review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85-90.
- Mattson, M. P., Maudsley, S., & Martin, B. (2004). BDNF and 5-HT: a dynamic duo in age-related neuronal plasticity and neurodegenerative disorders. *Trends in neurosciences*, 27(10), 589-594.
- McKie, G. L., & Wright, D. C. (2020). Biochemical adaptations in white adipose tissue following aerobic exercise: from mitochondrial biogenesis to browning. *Biochemical Journal*, 477(6), 1061-1081.
- Medrano-Ureña, M. D. R., Ortega-Ruiz, R., & Benítez-Sillero, J. D. D. (2020). Physical Fitness, Exercise Self-Efficacy, and Quality of Life in Adulthood: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6343.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Nationaal preventieakkoord.
- Muka, T., Imo, D., Jaspers, L., Colpani, V., Chaker, L., van der Lee, S. J., ... & Franco, O. H. (2015). The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review. *European journal of epidemiology*, 30(4), 251-277.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Schaarste: hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Maven Publishing.
- Muñiz, E. I., Silver, E. J., & Stein, R. E. (2014). Family routines and social-emotional school readiness among preschool-age children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(2), 93-99.
- Myers Jr, M. G., Leibel, R. L., Seeley, R. J., & Schwartz, M. W. (2010). Obesity and leptin resistance: distinguishing cause from effect. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 21(11), 643-651.
- National Institutes of Health. (2000). The practical guide: Identification of overweight and obesity in adults (NIH publication no. 00-4084).
- NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19· 2 million participants. *The Lancet*, 387(10026), 1377-1396.
- Petrusello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports medicine*, 11(3), 143-182.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D., Weinem, M., & Stefanadis, C. (2006). Diet, exercise and the metabolic syndrome. *The Review of Diabetic Studies*, 3(3), 118.
- Reece, J. B., & Campbell, N. A. (2011). *Campbell biology*. Boston: Benjamin Cummings / Pearson.
- Rozing, D. (2019). De Sustainable Development Goals in de Nederlandse context. *Hollandse Hoogte*. Geraadpleegd 22-6-2021 op: <https://longreads.cbs.nl/monitor-brede-welvaart-en-sdgs-2019/de-sustainable-development-goals-in-de-nederlandse-context/>
- Schrempft, S., van Jaarsveld, C. H., Fisher, A., Fildes, A., & Wardle, J. (2016). Maternal characteristics associated with the obesogenic quality of the home environment in early childhood. *Appetite*, 107, 392-397.
- Schuch, F. B., Stubbs, B., Meyer, J., Heissel, A., Zech, P., Vancampfort, D., ... & Hiles, S. A. (2019). Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depression and anxiety*, 36(9), 846-858.
- Selzener, M. (z.d.). *Measuring Positive Health with Lifelines Questionnaires*. University Medical Center Groningen.
- Sirico, F., Bianco, A., D'Alicandro, G., Castaldo, C., Montagnani, S., Spera, R., ... & Nurzynska, D. (2018). Effects of physical exercise on adiponectin, leptin, and inflammatory markers in childhood obesity: systematic review and meta-analysis. *Childhood Obesity*, 14(4), 207-217.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2019). *Statusscores 2017*. Den Haag: SCP

- Stam, S., Garssen, M. J., Kardal, M., & Lodder, B. J. H. (2008). Hoogopgeleiden leven lang en gezond. Hilten O van, Mares AMHM (red.). Gezondheid en zorg in cijfers.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., & Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical psychology: Science and practice*, 13(2), 179-193.
- Strüder, H. K., & Weicker, H. (2001). Physiology and pathophysiology of the serotonergic system and its implications on mental and physical performance. Part I. *International journal of sports medicine*, 22(07), 467-481.
- Substance, A., & Mental, H. S. A. (2016). Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Associations between physical activity and reduced rates of hopelessness, depression, and suicidal behavior among college students. *Journal of American College Health*, 57(4), 427-436.
- Ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2011). Physical exercise in adults and mental health status: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Journal of psychosomatic research*, 71(5), 342-348.
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismail, A., Rios, L. P., ... & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*, 10(1), 1-10.
- van Dale, D., Lanting, L., & van Delden, J. (2015). Werkzame elementen, is dat de toekomst?. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(6), 199-201.
- van der Waerden, J. E., Hoefnagels, C., Hosman, C. M., Souren, P. M., & Jansen, M. W. (2013). A randomized controlled trial of combined exercise and psycho-education for low-SES women: short-and long-term outcomes in the reduction of stress and depressive symptoms. *Social science & medicine*, 91, 84-93.
- van der Waerden, J. E., Hoefnagels, C., Hosman, C. M., Souren, P. M., & Jansen, M. W. (2013). A randomized controlled trial of combined exercise and psycho-education for low-SES women: short-and long-term outcomes in the reduction of stress and depressive symptoms. *Social science & medicine*, 91, 84-93.
- van der Waerden, J. E., Jansen, M. W., Hoefnagels, C., & Hosman, C. M. (2011). Do disadvantaged women appreciate a synergetic exercise and psycho-educative program? Rationale and process evaluation of the Exercise without Worries course. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(2), 307-316.
- van Marken Lichtenbelt, W. D., Vanhomerig, J. W., Smulders, N. M., Drossaerts, J. M., Kemerink, G. J., Bouvy, N. D., ... & Teule, G. J. (2009). Cold-activated brown adipose tissue in healthy men. *New England Journal of Medicine*, 360(15), 1500-1508.
- Volaco, A., Cavalcanti, A. M., & Précoma, D. B. (2018). Socioeconomic status: the missing link between obesity and diabetes mellitus?. *Current diabetes reviews*, 14(4), 321-326.
- Volksgezondheidszorg. Geraadpleegd 29-4-2021 op:
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/angststoornissen/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-angststoornissen-huisartsenpraktijk-naar-opleiding>
- Wagner, K. H., & Brath, H. (2012). A global view on the development of non communicable diseases. *Preventive medicine*, 54, S38-S41.
- White, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 44-52.
- World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance.
- World Health Organization. (2020). World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization.
- You, T., Arsenis, N. C., Disanzo, B. L., & LaMonte, M. J. (2013). Effects of exercise training on chronic inflammation in obesity. *Sports Medicine*, 43(4), 243-256.
- Zemberi, N. F. N. M., Ismail, M. M., & Abdullah, M. F. I. L. (2020). Exercise Interventions as the Primary Treatment for Depression: Evidence from a Narrative Review. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 27(5), 5.

Zheng, H., Liu, Y., Li, W., Yang, B., Chen, D., Wang, X., ... & Halberg, F. (2006). Beneficial effects of exercise and its molecular mechanisms on depression in rats. *Behavioural brain research*, 168(1), 47-55.

Appendix I: Checklist Kenniscentrum Sport & Bewegen

Checklist Jeugd - Armoede - Sport - Bewegen				
Categorieën	Werkzame Elementen	Uitleg	Stand van zaken	Kansen tot ontwikkeling
 Begeleiders	Relatie trainer/jeugd	Mate waarin jeugd een positieve relatie heeft met zijn/haar trainer. Positieve relaties bevatten factoren zoals: empathie, eerlijkheid, mentale steun, acceptatie, vriendelijkheid, wederkerigheid, samenwerking, zorg en respect.		
	Trainers	Trainers moeten in staat zijn om een effectief sport- en beweegaanbod te leiden in de specifieke context en bij de doelgroep. Daarvoor zijn de opleiding en competenties van trainers van belang.		
 Fysieke omgeving	Fysieke omgeving	Mate waarin de fysieke omgeving stimuleert om te bewegen. Dit heeft betrekking op de oorspronkelijke fysieke omgeving en de aanpassingen door sport- en beweegaanbod.		
	Toegankelijkheid	Sport- en beweegaanbod moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor jeugd om aan deel te nemen. Hierbij gaat het zowel om de fysieke, als de mentale toegankelijkheid.		
 Sociale omgeving	Leeftijdsgenoten	Mate waarin leeftijdsgenoten deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten. Ook gaat het om de mate waarin jeugd gesteund wordt in zijn sport- en beweeggedrag door leeftijdsgenoten.		
	(Taak)klimaat	Mate waarin jeugd kan sporten in een positieve omgeving waarin jeugd positieve erkenning ontvangt wanneer hij/zij hard werkt, ontwikkeling doormaakt, anderen helpt, samenwerkt en gelooft dat ieders bijdrage belangrijk is.		
	Ouderbetrokkenheid	Mate waarin ouders betrokken zijn in het sport- en beweeggedrag van hun kinderen. Voorbeelden van betrokkenheid van ouders zijn: voorbeeldfunctie (zelf sporten, deelnemen met jeugd etc.), kennis en support (mentale steun, transport, materiaal etc.).		
 Maatwerk	Tijd/doel conflict	Mate waarin jeugd in staat is om zijn/haar eigen tijd te organiseren om deel te kunnen nemen aan sport- en beweegactiviteiten. Deze moeten geschikt, flexibel en toegankelijk zijn zodat jeugd het kan combineren met school etc. Dit biedt perspectief zodat jeugd weet wat het doel is en/of waar hij/zij naar toe werkt.		
	Verwachtingen	Verwachtingen van jeugd m.b.t. het deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten. Deze verwachtingen hebben betrekking op fysieke, sociale en mentale aspecten van sport en bewegen. Het sport- en beweegaanbod moet afgestemd zijn op deze verwachtingen, rekening houdend met factoren zoals leeftijd, gender en sociaal economische status.		

Figuur: Checklist van het Kenniscentrum Sport & Bewegen, pagina 1

Dit is een voorbeeld van een tool met werkzame elementen. Dit is de eerste pagina van deze tool, de tool bestaat uit twee pagina's. Deze checklist is ontwikkeld als reflectiemiddel. Een praktijkprofessional kan onderzoeken of hij/zij genoeg inzet op de werkzame elementen. Deze checklist is voornamelijk ontwikkeld voor sport- en beweeginterventies voor kinderen met een lage SES. Bron: Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.

Appendix II: Onderbouwing van de integratie

In deze appendix wordt een onderbouwing gegeven van de tabel in paragraaf 7.2. Voor het leesgemak is de tabel hier nog een keer weergegeven.

Kopie van tabel 4: Multicriteria analyse van uitvoering tool

In deze tabel worden verschillende scenario's met elkaar vergeleken. De criteria zijn weergegeven in de meest linkse kolom. De scenario's zijn afgekort tot één woord. Scenario 1: van de tool wordt een app gemaakt. Scenario 2: van de tool wordt een pdf-file gemaakt. Scenario 3: van de tool wordt een papieren waaier gemaakt. De scorebepaling is gedaan op basis van mijn eigen overwegingen naar aanleiding van interviews. De criteria heb ik ook gekozen op basis van interviews.

	Scenario 1: app	Scenario 2: pdf	Scenario 3: waaier
Privacy bestendig?	- -	+	+
Productie kosten laag?	- -	++	-
Automatisch proces?	- -	+	-
Weinig personeel nodig?	- -	+	-
Gebruiksgemak?	-	-	+
Is er draagvlak?	+	-	+
Kan data worden verzameld?	++	-	-
Makkelijk te delen?	+	++	-

Privacy bestendig?

- 1: De app kan wel privacy bestendig gemaakt worden, maar dit is erg moeilijk en kost veel tijd en geld. Er komt veel persoonlijke data vrij waarbij je rekening moet houden met de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
- 2: Pdf is privacy bestendig.
- 3: Waaier is privacy bestendig.

Productie kosten laag?

- 1: De productiekosten voor de app zijn hoog. Er is iemand nodig die het programmeert. Dat kost veel geld.
- 2: Pdf is makkelijk te produceren, lage productiekosten.
- 3: Waaier kost wel wat geld, vooral als je steeds moet herproduceren bij nieuwe aanvragen.

Automatisch proces?

- 1: De app is geen automatisch proces, omdat er veel data zou vrijkomen bij het invullen van de tool. Iemand zou deze gegevens moeten controleren en dat kost veel tijd en geld.
- 2: Pdf is een automatisch proces, wanneer het genoeg bekend is. Iedereen kan het zelf downloaden.
- 3: Waaier is geen automatisch proces, er moeten nieuwe worden geprint en opgestuurd naar de bestellende persoon.

Weinig personeel nodig?

- 1: Voor de app is veel personeel nodig.
- 2: Pdf weinig personeel
- 3: Waaier is er personeel nodig van een ander bedrijf die de waaier af laat drukken en opstuurt naar de persoon die de waaier wil hebben.

Gebruiksgemak?

- 1: De app kan gebruikersvriendelijk zijn, alhoewel dit wel veel werk kost om de app goed in elkaar te zetten. Het is ook de vraag of het goed werkt in samenwerkingen, want hoe kun je de app gezamenlijk gebruiken met verschillende partijen? Verder heeft niet iedereen genoeg geheugen op zijn of haar telefoon om overal een app voor te hebben.
- 2: Pdf is iets gebruiksvriendelijker dan de tool, alhoewel je dan wel alle informatie in één keer tot je krijgt. Bij een uitgeprint boekje of waaier kan je dit anders vormgeven.
- 3: De waaier heeft het meeste gebruiksgemak, aangezien het een praktisch klein boekje is wat je altijd mee kan nemen. Omdat het bestaat uit verschillende kleine pagina's, is de informatie verdeeld in kleine stukken.

Is er draagvlak om de tool te gebruiken?

- 1: Een app geeft de indruk dat het belangrijk genoeg is om hiervoor een app te ontwikkelen. Een app gaat ook mee met de tijd.
- 2: Bij een pdf kan er minder draagvlak zijn. Het kan een papiertje worden wat even wordt meegenomen maar daarna blijft liggen in de kast.
- 3: Bij een waaier is het een product dat makkelijk meegenomen kan worden. Het voelt echt als een product in plaats van een velletje papier.

Kan data worden verzameld?

- 1: In de app kan data worden verzameld. Dit is handig om praktijkvoorbeelden te verzamelen.
- 2: Bij een pdf kan geen data worden verzameld.

3: Bij een waaier kan er geen data worden verzameld.

Makkelijk te delen?

1: Een app kan door iedereen gedownload worden en ook gedeeld worden in groepsapps, op de mail en op een website. Wel moet er ingezet worden op promotie van de tool.

2: Een pdf kan heel makkelijk gedeeld worden op allerlei platformen. Ook bij deze scenario moet er ingezet worden op promotie van de tool.

3: Een waaier kan niet gedeeld worden, behalve in een kopie. Promotie van de tool is wederom belangrijk.

Appendix III: Tool werkzame elementen voor mensen met een lage sociaaleconomische status

Deze tool is ontwikkeld voor het gebruik bij een erkende sport- en beweeginterventie voor mensen met een lage SES.



**Friese
Preventie
Aanpak**

Tool werkzame elementen

De tool

De ambitie van de Friese Preventieaanpak is: een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân. Daarom is het belangrijk dat mensen van een lage sociaal economische status ook worden bereikt.

Deze tool maakt een leefstijlinterventie voor mensen met een lage sociaal economische status werkzamer. Er zijn zeven thema's gegeven met een strategie voor volwassenen. Voor strategieën voor kinderen en jeugd zijn er de tipkaartjes van het Kenniscentrum Sport & Bewegen. De tool is ontwikkeld om te ontdekken op welke thema's verbeterpunten liggen aan de start van een nieuwe implementatie, maar ook als tussentijdse evaluatie. Een gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân kan advies geven over het gebruik van de tool.



**Friese
Preventie
Aanpak**

Op wat voor manier luister je naar meningen en wensen van de deelnemers?

Doelgroep betrekken



**Friese
Preventie
Aanpak**

Strategie Volwassenen

Maak contact met andere organisaties die in de wijk, die werken met kwetsbare groepen. Houdt rekening met laaggeletterdheid, bijvoorbeeld door tekst te beperken en plaatjes te gebruiken. Kom in contact met mensen. Investeer in de relatie die je met de persoon opbouwt. Zet in op langdurige projecten, waardoor je een vertrouwensband creëert met de deelnemers. Stel hen de vraag: 'Wat wil jij'?



Friese
Preventie
Aanpak

Op wat voor manier motiveer je de deelnemers?

Motivatie



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Probeer zoveel mogelijk drempels weg te nemen: locatie dichtbij, kosten laag en sluit aan bij de leefwereld van de doelgroep. Leg uit dat beweging helpt bij het verminderen van stress. Probeer de schaamte en angst die zij hebben weg te nemen door hen op het gemak te stellen. Als het mogelijk is hen de avond van tevoren op te bellen met een peptalk. Dit helpt bij de opkomst. Zet in op plezier en beloningen.



Friese
Preventie
Aanpak

Op wat voor manier speel je in op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers?

Vertrouwen in eigen vermogen



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Het is belangrijk dat het uitvoeren van de sport- of beweegactiviteit haalbaar is voor de persoon, en zeker in het begin niet te hoog gegrepen. Je kan ook elementen van sport en vertrouwen in eigen vermogen combineren. Een voorbeeld van een oefening kan zijn dat de deelnemers elkaar proberen om te duwen. Het doel is daarbij om sterk in je schoenen te blijven staan.



Friese
Preventie
Aanpak

Hoe geef je aandacht aan het groepsgevoel van de deelnemers?

Groepsgevoel



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Doe naast het sporten nog meer dingen met de doelgroep, bijvoorbeeld een kookworkshop. Zet in op het plezier met elkaar.



Friese
Preventie
Aanpak

Hoe maak je de omgeving vertrouwd voor de deelnemers?

Vertrouwde omgeving



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Niet iedereen wil sporten op een publieke plek, houd daar rekening mee. Vrijheid in wat voor sportkleding er wordt gedragen is ook belangrijk. Laat de deelnemers eens een bekende meenemen naar de activiteit. Daarnaast is er soms de eerste keer begeleiding nodig om de locatie te kunnen vinden. Kies een herkenbare locatie op loopafstand.



Friese
Preventie
Aanpak

Wat zou je kunnen aanbieden als vervolg?

Aanbod van vervolg



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Probeer samen te werken met lokale sportverenigingen, om zo tot een aantrekkelijk aanbod te komen voor mensen om lid te worden van een lokale vereniging. Je kunt ook de mensen al eerder betrekken bij de activiteiten van een sportclub, om ze zo kennis te laten maken en verbonden te laten voelen met de vereniging.



Friese
Preventie
Aanpak

Hoe maak je praktisch gebruik van de samenwerking met partijen?

Samenwerking partijen



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Maak contact met andere organisaties die in de wijk, die werken met kwetsbare groepen. Probeer de vertrouwensband die zij wellicht al hebben met de doelgroep te benutten. Denk aan organisaties zoals de wijkteams. Probeer samen met andere organisaties praktische belemmeringen te overkomen zoals vervoer, sportkleding, kosten, werving van deelnemers en taalbarrières. Regel een taalcoach waar nodig.

Appendix IV: Samenvattingen van interviews met actoren

Hier kunt u de samenvattingen van de interviews vinden die ik heb afgenomen vanaf het begin van de stage. De interviews zijn alfabetisch geordend op basis van de voornaam. Wanneer er meerdere actoren werden geïnterviewd tijdens het interview, is de eerste voornaam gekozen op basis van alfabetische volgorde, waardoor die naam wordt aangehouden voor de alfabetische volgorde in deze appendix. Daarna zijn de interviews geanonimiseerd.

Appendix IV.1

Datum: 24-02-2021

Functie: Hoogleraar op de faculteit Gedrag- en maatschappijwetenschappen.

Organisatie: Rijksuniversiteit Groningen

Info: Thema's: gezondheidsgedrag, gedragsverandering, algemene populatie.

Samenvatting interview

Werkzame elementen zijn gedragsveranderingstechnieken. Hij vindt dat onderzoeken naar werkzame elementen voor mensen met een lage SES, zelden een goede controle groep hebben, en zelden een goede theorie over waarom iets een werkzaam element is.

Uitkomst van gedrag: resultaat van positieve verwachtingen + negatieve verwachtingen en hoeveel controle je op beide kan uitoefenen.

Gedragsveranderingstechnieken: moet de trainer beheersen. Die technieken zijn algemeen, maar contextualisatie zorgt voor 'tailored' toepassing. Bijvoorbeeld op de doelgroep lage SES. Er zijn ook voorwaarden voor gedragsveranderingstechnieken.

SES = cultuur + identiteit. SES is de kans op toegang tot maatschappelijk gewaardeerde uitkomsten: geld en sociale status.

Innovaties komen vanuit de hoge SES: wat is goede voeding? Hoe slecht is roken?

Sociale vergelijkingsrichting

Hoger kan naar beneden kijken. Midden naar boven en naar beneden. Laag alleen omhoog. Dit is een structurele positie. Daarom is er altijd een lage SES. Het is relatief en niet absoluut. Clustering. Laag SES ervaart negatieve kans. Negatieve emotie. Kinderen opgegroeid in de cultuur/bubbel.

Collectivistisch: meer sociale steun + druk. Door de steun is er ook meer druk van je mede mens.

'Wat zullen zij denken wanneer ik ga sporten?', kan een gedachte zijn van iemand die in een lage SES wijk leeft.

Doordat er veel stress is focussen mensen van de lage SES op het hier en nu. De waarde verandert. Daardoor hogere impulsiviteit.

De structurele omgeving veranderen, lost heel veel op.

Cultuur: respect tonen. Ze sterven eerder, maar willen ze daar zelf ook verandering in brengen?

Vraag aan hen: wat willen zij?

Appendix IV.2

Datum: 04-03-2021

Functie: voormalige stagiaire GGD Fryslân, onderzoek naar werkzame elementen in erkende leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES

Organisatie: Rijksuniversiteit Groningen/ GGD Fryslân

Samenvatting interview

De gezondheidsbevorderaars verzinnen goede activiteiten en initiatieven, maar deze initiatieven zouden beter moeten aansluiten bij de doelgroep. Voor aanpassing van interventie wijst de

buurtsportcoach naar de gezondheidsbevorderaar, maar de gezondheidsbevorderaar zegt dat de buurtsportcoach daarvoor verantwoordelijk is, omdat die de wijk beter kent. Ze moeten samen werken. Het moet één geheel worden, een wisselwerking.

Appendix IV.3

Datum: 6 april 2021

Functie: Programma coördinator kwaliteit

Organisatie: RIVM

Locatie: Bilthoven, Utrecht

Info: Mijn functie is programma coördinator kwaliteit. Ik doe de beoordeling van leefstijlinterventies en interventies breed. Ik ben verantwoordelijk voor het opzetten, het onderhouden en het doorontwikkelen van het systeem. Het moet een actueel bestand worden op uitvoerbaarheid beoordeelde interventies. Werken samen met het samenwerkingsverband Erkenning Interventies, bestaande uit het RIVM zelf, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Kenniscentrum Sport & Bewegen, Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos instituut en Movisie. Eén van de doelen van het erkenningstraject is het laten zien van werkzame elementen van interventies.

Samenvatting interview

Hoe komt de omschrijving van werkzame elementen in de werkbladen van erkende interventies tot stand?

De ontstaansgeschiedenis van werkzame elementen: in 2008 rapport door GGDen: behoefte aan kennis over leefstijlinterventies. Zij gaven aan dat ze een blauwdruk wilden hebben → werkzame elementen. Er is veel onderzoek gedaan bij mentale gezondheidszorg van de jeugd Jeugdzorg/jeugdhulp. Core elements, active ingredients zag je veel terugkomen. De vraag hier bij is: Is het mogelijk bij gedragsinterventies (voor de jeugd) te identificeren wat effectieve elementen die steeds terugkomen bij succesvolle interventies en kunnen we een overzicht maken van welke technieken je wanneer en bij welke doelgroep kan toepassen? Koffertje met effectieve elementen. Daar zijn wij met het erkenningstraject mee bezig. Met ZonMw hebben ze 4 jaar lang onderzoek gedaan naar werkzame elementen bij de jeugdzorg. Een van de consortia heeft een tool gemaakt op basis van literatuur over werkzame elementen bij probleemgezinnen (systematisch review). Dat hebben ze vervolgens voor uitvoerders in een handzame tool vertaald. Probleem, determinant, koppelen met techniek. Ze laten zien in welke interventie je dat effectieve element (gedragstechniek) terug kan vinden. Het gaat vaak wel over individuele gedragsinterventies. Bij leefstijl is ook gedeeltelijk gedrag, maar er zit ook veel erom heen. Sociale en fysieke omgeving. Het is een mix van interventies die moet je aanbieden wil het effect hebben. Voor deze laatste pijlers (bv fysiek) is het bepalen van werkzame elementen wel wat ingewikkelder en kom je vaak op hele algemeenheden uit. Betrek doelgroep bv of zorg voor een gezamenlijke visie en voldoende tijd en budget.

Op welke literatuur zijn werkzame elementen gebaseerd?

literatuur van gedragstechnieken. Reactie op de uitleg van mijn stage: dan moet je dus helemaal het element motivatie uitwerken. Wat betekent motivatie? Anders weet je niet wanneer het goed gewaarborgd Behavioral change techniques is de literatuur. De literatuur waar Pharos zich op gebaseerd is wat algemener. De planmatige aanpak van gezondheidsbevordering, daar is het ook een deel op gebaseerd: betrokkenheid doelgroep. Effectenstudies laten zien dat hoe planmatiger je aanpak is, hoe beter je interventie is. Onderdeel van planmatige aanpak is betrekken van de doelgroep en je stakeholders en dergelijke.

Zijn er richtlijnen voor de omschrijving van werkzame elementen in de werkbladen van erkende interventies?

dit onderdeel zijn we niet zo blij mee. Het is heel ingewikkeld om te bepalen wat een werkzaam element is. Er zijn interventies die het goed doen, dat zijn vooral die die goed opgezet zijn. Daarin zie je de gedragstechnieken in terugkomen (Van Michie). Dat zijn de bekende technieken. Of ze echt bij jou interventie werkend zijn, dan moet je dat testen. Er was 1 die dat deed: alcohol lespakket met ouders deed het beter dan de groep zonder ouders. Zo is het werkzaam element ouders aangetoond. Zo kun je dat onderzoeken. Of door mediators of moderators analyse, een statische analyse. Dan kun je zeggen of het werkzaam is. Nu: succesvolle elementen. Dat het echt werkzaam is, dat is nog maar de vraag. Advies van RIVM loket gezond leven: werkzaam element kijken bij de doelen en theorie. Daar vis je je werkzaam elementen er uit. Als je een interventie op het onderdeel eigen effectiviteit wilt aanpassen, dan heb je een doel op die eigen effectiviteit en dan heb je ook een methode gekozen om die eigen effectiviteit te beïnvloeden. Door bijv. een rolmodel in te zetten. Dat gaat wel ver voor jouw onderzoek. Maar om jouw vraag te beantwoorden: die werkbladen zijn niet overdreven goed uitgewerkt. De komende 4 jaar wordt er wel onderzoek naar gedaan op roken, overgewicht en alcohol naar de werkzame elementen en de aanpak op die drie thema's. Maar in die onderzoeken gaat het wel verschillend: gedragstechnieken vs beleid. Abstractionniveau verschilt. De term werkzame elementen wordt misbruikt. Iedereen zegt dat de werkzame elementen zijn gevonden, maar het zijn de succesvolle elementen volgens partners. Het zijn vaak uitgekouwde dingen (betrek bewoners, zorg voor voldoende budget, gezamenlijke visie) . Het zijn wel werkzame principes. Hoe ze eruit worden gehaald, is een gesprek met de bewoners. Maar eigenlijk mag je het geen werkzaam element noemen. Zo'n omschrijving van een interventie wordt beschreven door de interventie eigenaar. Hoe zit de samenhang in een leefstijlinterventie in elkaar? Probleem analyse, doel, aanpak, en past die aanpak bij het probleem en doelgroep. Waarom denk je dat het werkt? Theorie + modellen. En geeft het ons vertrouwen dat door de manier hoe jij het omschrijft, dat het probleem opgelost kan worden? En de samenvatting van die onderbouwing, van waarom denk je dat het werkt, dat zijn de werkzame elementen. Dat kun je uit de theorie halen. Bijvoorbeeld bij lage SES niet heel rationeel maar met emotie, bijvoorbeeld door elementen van het theater te gebruiken. Dan meer kans dat lage SES het oppakt. De omschrijving van werkzame elementen komt uit het werkblad. Als je een goed werkblad hebt, dan zijn de werkzame elementen ook goed uitgewerkt. Werkzame elementen is de kern van de interventie. Stel je past een interventie aan, wat moet er dan absoluut overeind blijven? Vanaf goed onderbouwd kun je ervan uitgaan dat de werkzame elementen kloppen. Er is wel een handleiding: doel, aanpak en onderbouwing → werkzaam element. Een werkzaam element is niet maar 1 dingetje, is gekoppeld aan je doel en onderbouwing. Als je het goed opschrijft komt het meestal wel goed. Er zitten criteria aan vast, sommigen passen dat goed toe, maar niet iedereen. Maar het is eigen te ingewikkeld om er heel streng op te letten.

Welke theorie bedoel je met 'gebaseerd op theorie'?

We hebben allemaal standaard literatuur van gedragsverandering. Zie site RIVM. Wat tegenwoordig veel wordt gebruikt is de behavioral change wheel van Michie. Motivatie + capability voor gedragsverandering + opportunity (mogelijkmaken, bijv drinkwater tappunten omgeving veranderen). Behavioral change wheel wordt veel gebruikt. Behavioral change wheel staat nog niet op de RIVM site. Michie is geen model, maar die laat alle behavioral change techniques zien. Wat werkt bij thema's en doelgroepen → voeding en bewegen → TNO (hebben gedragstechnieken van Abraham en Michie gebruikt). Review van Abraham en Michie. Hebben verschillende artikelen geschreven. Overzicht van behavioral change techniques. Er is ook een app van. Dan kun je al die interventies allemaal gaan coderen in deze app. Zo kun je bij de interventies direct zien welke gedragstechnieken zijn gebruikt (daar willen ze heen). Ik zal je ons definitie rapport waarin wij

werkzame elementen hebben gedefinieerd een paar jaar geleden. En er zit daaronder ook nog een definitie rapport in de notitie van ons gezamenlijk. Daar kun je ook gebruik van maken. Het belangrijkste bij jouw checklist is: per onderdeel wat is motivatie? Omschrijven. Dat kun je wel in die behavioral changes techniques opzoeken. Wellicht ook in de app. Voor motivatie uit te werken kun je kijken naar de behavioral change wheel. Als je het alleen op basis van de beschrijving van werkzame elementen in de werkbladen is het niet wetenschappelijk. Twee kanten: literatuur werkzame elementen en dan kijk je in hoeverre het in de werkbladen voorkomt. Wij werken niet zozeer met werkzame elementen, maar wij werken met wat werkt dossiers. Ook voor roken en alcohol → werkzame elementen voor jongeren. Wat werkt, wat weet je, wat is onzeker en hoe moet je ermee aan de slag. Beleid en wetgeving. Allemaal in de wat werkt dossiers. Voor bewegen door Kenniscentrum Sport & Bewegen stagiair. Wat werkt dossier ouderen en bewegen. Achtergrond rapport.

Heb je nog algemene opmerkingen over mijn onderzoek?

heel raar dat je het doet voor alle leeftijden. Anouk: het komt vanuit het integrale idee van de FPA. dan moet je het jezelf niet te moeilijk maken. Het element hetzelfde, strategie anders per leeftijd. Ik kan ook kiezen voor 1 leeftijd het uit te werken. Misschien volwassenen: wat werkt dossier volwassenen strategie raadplegen. het is wel belangrijk dat de werkzame elementen goed ingezet worden. En daar kun je de strategieën voor gebruiken. Verder heb ik nog twee tips waar je kunt zoeken:

- RIVM site: Pagina gezond gedrag onder soorten en werkzame elementen.
- 41 werkzame elementen bij dat rapport van ZonMw en samengevat tot: tijd, verbinden, durven, integraal werken, volhouden. Dat bedoel ik met algemene dingen.

Appendix IV.4

Datum: 01-02-2021

Functie: Gezondheidsbevorderaar bij GGD Fryslân

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeenten Tytsjerksteradiel en Achtkarspelen. Ze werkt sinds 2017 bij de GGD Fryslân. Ze is ook JOGG regisseur geweest en project medewerkster van de Gezonde School Fryslân.

Datum: 01-02-2021

Functie: Functionaris Gezondheidsbevordering, coördinator Gezonde School & makelaar Jong Leren Eten

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeente Heerenveen. Werkt sinds 2015 bij de GGD Fryslân. Heeft ook contact met een buursportcoach van Scoren voor Gezondheid.

Datum: 01-02-2021

Functie: JOGG regisseur en adviseur gezondheidsbevordering

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeenten Dantumadiel, Noardeast-Fryslân, Leeuwarden. Ze werkt sinds 2018 bij de GGD Fryslân.

Samenvatting interview

Ik (Anouk) focus mij op erkende leefstijl interventies, maar de gezondheidsbevorderaars bij de GGD Fryslân ontwikkelen ook activiteiten en initiatieven die niet erkend zijn. Belangrijk is het om goed aan te duiden wat wordt verstaan onder een interventie.

In het sport- en beweegbeleid zijn vooral Sport Fryslân en buurtsportcoaches betrokken.

Het is moeilijk om te bepalen hoe een erkende interventie zou moeten worden aangepast aan de lokale setting. De gezondheidsbevorderaars zijn bang dan iets veranderen wat eigenlijk juist werkte.

Er wordt momenteel niet gekeken naar hoe werkzame elementen kunnen worden ingezet dus monitoren en evalueren van werkzame elementen is nog een stap te ver.

Appendix IV.5

Gezondheidsbevorderaar 1

Datum: 06-04-2021

Functie: Gezondheidsbevorderaar bij GGD Fryslân

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeenten Tytsjerksteradiel en Achtkarspelen. Ze werkt sinds 2017 bij de GGD Fryslân. Ze is ook JOGG regisseur geweest en project medewerkster van de Gezonde School Fryslân.

Gezondheidsbevorderaar 2

Datum: 06-04-2021

Functie: Functionaris Gezondheidsbevordering, coördinator Gezonde School & makelaar Jong Leren Eten

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeente Heerenveen. Werkt sinds 2015 bij de GGD Fryslân. Heeft ook contact met een buurtsportcoach van Scoren voor Gezondheid.

Gezondheidsbevorderaar 3

Datum: 06-04-2021

Functie: JOGG regisseur en adviseur gezondheidsbevordering

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeenten Dantumadiel, Noardeast-Fryslân, Leeuwarden. Ze werkt sinds 2018 bij de GGD Fryslân.

Samenvatting interview

Waar zijn jullie zoal mee bezig?

Pilot: groente zet je tanden erin. Onderzoekjes groentebbox → behoefte onderzoek om erachter te komen wat zij nodig hebben. Ketenaanpak.

SC. Heerenveen: scoor een boek. Brainstorm hoe challenge. Ideeën buurtsportcoaches in meenemen.

Gezondheidsbevorderaar 3: sport fryslân: pilot draain 5 teams op consultatiebureau omgeving inrichten op bewegen voor kinderen van 0-4 jaar. Sport Fryslân + jeugdverpleegkundige + jeugdarts + consultatiebureau assistent. 5 teams hiervan.

Verder nog kijken of interventie [voel je goed?](#) Ergens kan worden opgezet.

Bespreking tool

Op wat voor manier gaan we hier invulling aan geven? Wat is de rol van de Gezondheidsbevorderaar?

Gezondheidsbevorderaar 3: open vragen en gesloten vragen. Voorkeur: doel bepalend. Open vraag → gesprek op gang brengen. in de diepte gaan om alles aan te vullen. Zoals bij het eerste element moet je echt de diepte in gaan. Ja/nee systeem is minder tijd nodig. Bij ja/nee sneller toepasbaar in je werk.

Kan je verplichten vanuit de FPA? Gezondheidsbevorderaar 3: dat vraag ik mij af. Ook omdat ik vanuit mijn werk niet kan herinneren dat ik om zoiets heb gevraagd. Ik ben er niet expliciet tegen aan gelopen dat wij hiermee zitten. Dit is echt iets vanuit van FPA, die dit belangrijk vindt. Wat dat betreft kun je het niet zomaar verplichten. Maar als je een goede tool weet te bedenken, wat ons kan helpen in een gesprek dat hier specifiek over gaat, kan dat je helpen in je bewustwording van hoe hier rekening mee. Maar het is niet dat ik wekelijks gesprekken heb die hiermee te maken hebben. Dit is een specifieke vraag die een enkele keer voorkomt in je werk als Gezondheidsbevorderaar.

Gezondheidsbevorderaar 2: wanneer gebruik je dit nou wel en niet? Toen gaf jij aan dat jouw 7 elementen breder zijn dan alleen sport en beweeg. Hoe zet je dit weg op dit thema voor die doelgroep? Dus het zou voor ons helpend zijn bij het adviseren daarbij. Verplichten of afdwingen kan niet. We zijn wel zoekende voor aansluiten bij lage SES. Dit kan daar een goed hulpmiddel zijn. Maar hoe ga je dat dan implementeren? In sport en beweeginterventies zijn wij heel weinig in betrokken. Dan kom je uit bij buurtsportcoaches, die zijn heel zelfstandig. Ik ben in mijn gemeente niet standaard betrokken bij het sport en beweegbeleid.

Gezondheidsbevorderaar 2: wat ik hier vooral bedoel is dat de tool voor ons breed te gebruiken is wanneer we betrokken zijn bij het adviseren over interventies/ een aanpak op een thema. En dan vooral hoe deze goed toepasbaar kunnen worden gemaakt voor de lage SES-doelgroep. In de praktijk zal dit waarschijnlijk niet als eerste bij sport- en beweeginterventies zijn, omdat juist bij dit thema in gemeenten veel expertise zit bij beweegteams/buurtsportcoaches.

Gezondheidsbevorderaar 1: in andere thema's zijn wij meer betrokken. Voeding, relatie seksualiteit etc. Maar bij bewegen: er is geen ander thema waarbij je een hele organisatie binnen je gemeente hebt die volop daarop in zet.

Jullie hadden het eerder over een pilot met Sport Fryslân, zou het daarbij kunnen helpen?

5 teams: basis teams: teams vanuit jeugdgezondheidszorg: jeugdarts, jeugdverpleegkundige en de consultatiebureau assistent.

De pilot heeft te maken met gespreksvaardigheden en welke onderwerpen die je in een gesprek aan bod laat komen vanuit de jeugdverpleegkundige of jeugdarts naar ouders toe. Gedeeltelijk passen de punten wel.

- Invloed van doelgroep: ouders hebben behoefte aan informatie over beweegstimulering bij kinderen van 0-4 jaar.
- Motivatie van de deelnemers: je gaat aan het werk met gespreksvaardigheden.
- Vertrouwen in eigen vermogen: gespreksvaardigheden
- Groepsgevoel: niet
- Vertrouwde omgeving: een CB laat zien wat bewegen uitnodigt. Argumentenkaartjes en praatplaatjes: hoe kan je bewegen in je eigen omgeving?
- Vervolg aanbod: vervolgesprek. Dissociale kaart. Mogelijkheden binnen de gemeente op dit gebied. Maar gebeurt nog niet regionaal. Afhankelijk van de wensen van het team.
- Externe partijen: ja want je werkt samen met buurtsportcoaches en het sportaanbod dat zich specifiek op 0-4 jaar.

Op welke plekken is er verbetering? Op welke punten gebeurt er al wat, op welke punten werkt het?

Wat is het doel precies van de tool? Waar kan het worden ingezet?

Gezondheidsbevorderaar 2: de tool wordt iets uit onze rugzakkofter, wat we kunnen gebruiken als er iets nieuws komt. Het is niet onze behoefte is om het bij iedere interventie te verankeren. Wij zijn als GB-ers niet altijd direct gekoppeld aan de evaluatie van een afzonderlijke interventie. Dus voor ons als groep professionals schat ik in dat hij daar niet veel/vaak voor gebruikt zal worden.

Gezondheidsbevorderaar 1: ik denk wel dat het handig kan zijn bij nieuwe initiatieven. Zodat je overal rekening mee houdt vanaf het begin. Daar zie ik wel mogelijkheden.

Vraag over filmpje Animatie 'Laat staan wat werkt': jullie passen geen interventies aan?

Gezondheidsbevorderaar 2: een gezonde school die een interventie gebruik is dagelijkse kost voor ons. Prima aanpak, kanjer aanpak of een beweeginterventie. En dan gaat de interventie eigenaar de interventie aanpassen. GBers geen rol in het aanpassen van de interventie. Wij gebruiken bewezen effectieve interventies, gebruik op de manier zoals het is voorgeschreven. Die worden niet aangepast. Ik denk inderdaad dat dit de kern is: in de praktijk worden bestaande interventies vaak op de manier ingezet zoals ze worden aangeboden. Vooral als het landelijke programma's zijn. In de praktijk krijgen we vrijwel nooit vragen in deze richting. Tenzij er een knelpunt wordt geconstateerd: deze aanpak werkt niet op (bijv.) onze school. Of: we maken gebruik van deze interventie, maar voegen er iets aan toe om het beter aan te laten sluiten bij deze doelgroep. Dán kunnen we de tool goed inzetten om de werkzame elementen goed in te zetten.

Lage SES verspreid over de gemeente. Niet gesitueerd op 1 school. Implementatie van tool hoeft niet zo groot te zijn, niet voor ons als Gezondheidsbevorderaars. Tool als scenario wanneer dat passend is. het benoemen van: dit zijn de werkzame elementen -> mensen alert maken hierop is al heel goed. Dat is voor meerdere mensen interessant. Ook voor mensen die bezig zijn met welzijn. Brede FPA kijk. Vertellen over hoe je het kan inzetten en in wat voor situaties ̳ implementatie.

Zijn er nog opmerkingen van jullie kant?

Gezondheidsbevorderaar 1: goed nadenken over open vragen of gesloten vragen. Bij checklist denk ik aan gesloten vragen. Gesprekstool is open vragen.

Gezondheidsbevorderaar 3: ik denk dat open vragen meer helpende zijn in het werk. Dit zijn 7 elementen dus je moet gewoon overal ja op scoren. Om het helpend te maken, kun je een soort range maken (van 1 tot 5). Dat kan je helpen om te scoren in welke mate je er aan dacht voor hebt. Extra box voor verbeterpunten? Gezondheidsbevorderaar 3: hoeft niet per se, maar dat kan ook in het gesprek naar voren komen.

Gezondheidsbevorderaar 1: suggesties per element van wat je zou kunnen doen. Als je er niet aan voldoet, dan is het wel fijn om te weten wat je eraan zou kunnen doen. Maar dat wordt wel uitgebreid. Anouk: Maar op een website kun je dan met knopjes werken.

Appendix IV.6

Datum: 13-4-2021

Functie: Communicatieadviseur FPA

Organisatie: GGD Fryslân

Heb jij op- of aanmerkingen over de opzet van het project?

Communicatieadviseur: Hoe bereik je de ongemotiveerde mensen van de lage SES? Nieuw project student.

Goed uitleggen in je project. Dit project is gefocust op mensen van sociaal domein die bij sport en beweeginterventies komen. Hoe kun je beter op die mensen aansluiten? De mensen die de deur bij wijze van al op een kiertje hebben staan.

Wat voor op- of aanmerkingen heb jij over de tool?

Communicatieadviseur: Checklist geeft mij het gevoel dat ik iets moet afvinken. Een keuring. Ik was verbaast vervolgens vragen te zien. Dit is een vragenlijst, geen checklist.

Heb jij adviezen over de vorm van de tool?

Communicatieadviseur: ik heb een idee voor het figuur van de kleurenwaaier als je een waaier gaat maken. Figuur: misschien bloem van Friese pompenblad. Dat is wel kostenverhogend.

Communicatieadviseur: Kaartjes breder maken, dan komt de vraag beter uit. Achterkant kolommen met strategieën.

Communicatieadviseur: De kosten van de app zijn zo 10.000. Wat is het doel? Waarom wil je een app? Veel gedoe. Privacygevoeligheid. Wat doe je met de informatie die komt in de app wanneer iemand die invult.

Heb jij adviezen over het uiterlijk van de tool of de inhoud?

Communicatieadviseur: Voor collega's gebruik je je ipv u.

Communicatieadviseur: Bij het werkzame element vervolgaanbod, wat zou je kunnen aanbieden als vervolg? Waar heeft iemand baat bij?

Communicatieadviseur: De vorige versie van jouw tool was heel ingewikkeld. Deze heel laagdrempelig. Je moet het zo simpel mogelijk en begrijpelijk houden.

Communicatieadviseur: Wat ga je doen met de informatie van het gesprek? Wat gebeurt daarmee? Wie documenteert?

Appendix IV.7

Datum: 12-05-2021

Functie: Adviseur gezondheidsbevordering

Organisatie: GGD Drenthe

Samenvatting interview

Als reactie op mijn presentatie over mijn onderzoek zegt zij: je hebt het werkzaam element motivatie benoemd. Daarin is het belangrijk om aan te sluiten bij wat de doelgroep wilt. Als ze hun hoofd vol hebben met zorgen over schulden, werken sommige leefstijlinterventies niet. Je moet aansluiten bij hun behoeften. Daarnaast is het wat de vertrouwde omgeving betreft, belangrijk om aan te sluiten bij waar de doelgroep al komt. Verder moet je jezelf afvragen: zien zij het gezondheidsprobleem ook als hun probleem? Wiens probleem wil je eigenlijk oplossen?

Verder is ruimte om interventies aan te passen is belangrijk. In de praktijk is deze aanpassing niet altijd gericht op de doelgroep. Je hebt het thema vanuit de theorie aangevlogen. Vaak wordt de interventie aangepast om praktische zaken, zoals kosten naar beneden brengen of zo aangepast zodat een vrijwilliger de interventie kan geven. Daarbij wordt nog niet altijd gekeken naar de werkzame elementen. Werkzame elementen is vooral nog een gezondheidsbevordering term. De

term is nog niet breed gedragen. Praktijkprofessionals zijn doeners. De theorie over werkzame elementen is niet altijd wat hen interesseert. In mijn werk als adviseur gezondheidsbevordering adviseer ik over het inzetten van interventies. Ik kan een afweging maken tussen het gebruiken van erkende interventies of niet erkende interventies. Als een niet erkende interventie als een trein loopt in een wijk, ga ik dat niet veranderen, omdat alles per sé erkend moet zijn. Voorwaarde is wel dat dit soort interventies deel uit maken van een integrale aanpak (4 pijlers, zie RIVM). Andere interventies in die aanpak kunnen dan wel erkend zijn. Een mix van wel en niet erkend is prima. Ik ben wel bezig met interventies aanpassen wanneer dat nodig is. Ik pas de interventie op een pragmatische manier aan.

Bij de GGD Drenthe hebben wij een subsidie gekregen van ZonMw. Het project heet: aan de slag met [preventie](#). Hierin hebben wij twee doelen:

1. Integrale aanpak
2. Leren van elkaar

Wij hebben 160 wijkprofielen gemaakt. Vanuit daar gaan we kijken wat er in elk gebied in Drenthe nodig is. Alle gemeenten hebben een eigen werkgroep die dat doet. Iedere werkgroep heeft ongeveer dezelfde samenstelling, maar het verschilt wel per gemeente. De samenstelling kan zijn:

8. Inwoners (vaak wel de meest betrokken inwoners)
9. Buurtsportcoach
10. Iemand van het welzijnswerk
11. Huisarts
12. JOGG regisseur
13. Gezondheidsbevorderaar
14. Beleidsmedewerker van de gemeente gespecialiseerd op volksgezondheid

Door deze werkgroepen ontwikkeld de GGD Drenthe een andere positie ten opzichte van de actoren in het netwerk van Drenthe. Een voorbeeld is dat de gezondheidsbevorderaar van de GGD Drenthe eerder met de beleidsmedewerker ging praten **over** het welzijnswerk en nu **met** het welzijnswerk.

Als antwoord op het Nationaal Preventieakkoord heeft de GGD Drenthe niet een grote samenwerking ontwikkeld zoals de Friese Preventieaanpak in Friesland. In plaats daarvan komen er op lokale wijze gemeentelijke preventieakkoorden. In deze gemeentelijke preventieakkoorden zitten andere mensen dan in een provinciaal preventieakkoord. Dit komt omdat het kleinschaliger is. In deze gemeentelijke preventieakkoorden kan er ook een wijkverpleegkundige bij zitten of een buurtsportcoach. Ze geeft aan dat ze merkt door het samenwerken met de doeners zoals een buurtsportcoach of mensen van het welzijnswerk er een andere energie ontstaat. Hierdoor kun je meer gebruik maken van de energie van de doeners. Dit gaat verloren als je op een hoger niveau zoals een provinciaal preventieakkoord werkt.

Bij de GGD Drenthe zijn er 3 adviseurs gezondheidsbevordering. Er zijn 12 gemeenten in Drenthe. Iedere adviseur gezondheidsbevordering heeft 4 gemeenten onder zich. Dit is dus anders verdeeld dan in Friesland, daar zijn veel meer gezondheidsbevorderaars. Bij de GGD Drenthe hebben ze ook geen adviseur publieke gezondheid publieke gezondheid. Vanuit de gemeenten gaat er minder geld naar de GGD Drenthe in vergelijking met de GGD Fryslân. Er zijn wel meer taken die de GGD Fryslân oppakt in vergelijking tot de GGD Drenthe. JOGG regisseurs, gezonde school en JGZ staan niet in het takenpakket van de GGD Drenthe maar wel in het takenpakket van de GGD Fryslân. Zij geeft aan dat zij als GGD Drenthe eigenlijk wel een vastere positie zouden willen, zodat ze vaker leidend kunnen

zijn in ontwikkelingen. Daarin zien zij de GGD Fryslân als voorbeeld, die daar in initiatief nemer is van de Friese Preventieaanpak.

Opgeleide ervaringsdeskundigen zijn belangrijk. Die kun je inhuren vanuit 'sterk uit armoede.' Zij kunnen terecht komen in het welzijnswerk of in de schuldhulpverlening. Bij ons hebben wij ook ervaringsdeskundigen in het ondersteuningstraject van de Rookvrije omgeving. Als het goed is heeft de GGD Fryslân ook ervaringsdeskundigen in het ondersteuningstraject Rookvrije omgeving.

Appendix IV.8

Datum: 15-04-2021

Functie: Functionaris Gezondheidsbevordering, coördinator Gezonde School & makelaar Jong Leren Eten

Organisatie: GGD Fryslân

Info: gezondheidsbevorderaar van de gemeente Heerenveen. Werkt sinds 2015 bij de GGD Fryslân. Heeft ook contact met een buursportcoach van Scoren voor Gezondheid.

Samenvatting interview

Wat doet u als gezondheidsbevorderaar?

- Contact met Jeugdgezondheidszorg
- Contact met scholen.
- Ze heeft twee provinciale taken: gezonde school en jong leren eten. Zij heeft landelijke overleggen over de gezonde school.
- Partners van gezonde school zijn naar de FPA overgedragen
- Jong leren eten: voedsel educatie beter op de kaart brengen. Duurzame kant van voedsel. Provinciaal makelaar tussen vraag en aanbod. Het netwerk wat er in Friesland is gebruiken. Het programma is tijdelijk, maar het gedachtegoed gaat door.
- Ze is verantwoordelijk voor de website van de gezonde school:
<https://www.gezondeschoolfryslan.nl/>
- Eerst hadden we op alle thema's partners vanuit de gezonde school. Bijvoorbeeld roken: VNN. Op alle thema's had de gezonde school partners binnen Friesland. Maar gezonde school is een klein stukje voor die partners. Nu zijn de partners samengevoegd in de FPA. GGD meerdere programma's → FPA.

Indeling Gezondheidsbevorderaars

- Wij zijn allemaal Gezondheidsbevorderaar voor een gemeente. + provinciale taken daarnaast.
- Het kan ook zijn dat er meerdere Gezondheidsbevorderaar verantwoordelijk zijn voor 1 gemeente: dan maken zij een verdeling zelf. Dat is in Sud-west Fryslân. In Zuid-oost Fryslân is er een duidelijke verdeling van wie doet welke gemeente.
- Het is in ieder geval zo dat de school weet welke gezondheidsbevorderaar het aanspreekpunt is.
- Je bent afhankelijk van de grootte van je gemeente wat het aantal uren per week voor de Gezondheidsbevorderaar is om advies te geven als Gezondheidsbevorderaar voor de gemeente. Bijvoorbeeld Gezondheidsbevorderaar 2 is 6 uur Gezondheidsbevorderaar voor haar gemeente. Voor de gemeente Heerenveen is er 12 uur weggezet voor de gezondheidsbevorderaar van de GGD, waarvan zij 8 uur heeft en de andere Gezondheidsbevorderaar voor Heerenveen vanuit de GGD Fryslân 4 uur. Daarnaast heeft ze

nog 1 dag Jong leren eten en 1 dag Gezonde school. Deze taken lopen per dag in werkelijkheid door elkaar heen. Daar vind zij zelf een balans in, zodat ze de taken evenredig verdeeld. Je kunt ook JOGG regisseur zijn naast je Gezondheidsbevorderaar taak. Dan wordt je soms uitbetaald door de gemeente voor die uren dat je JOGG-taken doet.

Bij de taak Gezondheidsbevorderaar voor de gemeente hoort afstemmen met actoren / adviseren over interventies.

In de provinciale taken adviseer je minder over interventies.

Actoren:

- Scholen adviseren
- Buurtsportcoaches
- Gemeentelijke bestuurders
- Welzijnswerk

Is er als Gezondheidsbevorderaar overlap met wat je doet als JOGG regisseur?

- Dat kan, maar JOGG is een heel duidelijk omschreven programma. Veel eisen. Uitgebreide evaluatie. Is gericht op jeugd en alleen voeding en bewegen.
- De gemeente die stelt een JOGG regisseur aan. Die kan aangevraagd bij de GGD Fryslân. maar gemeenten kunnen het ook breed oppakken, dan is er niet iemand specifiek van de GGD Fryslân. Het kan ook iemand zijn die al bij de gemeente werkte, of een buurtsportcoach. Soms is de JOGG regisseur ook Gezondheidsbevorderaar voor die gemeente, maar dat is niet altijd zo.
- In de gemeente Heerenveen heeft zij als Gezondheidsbevorderaar contact met de scholen die niet in het JOGG programma zitten. De andere scholen doet de JOGG regisseur Fabian. Zo heb je het goed verdeeld.
- Als Gezondheidsbevorderaar ben je verantwoordelijk voor alle thema's. En voor 0 – 100. Dat is een verschil met de JOGG regisseur, die vooral voor jeugd is en voor voeding en bewegen.
- JOGG regisseur kan in dienst van de gemeente, dan sta je daar op de loonlijst.

Wat doet een adviseur publieke gezondheid van de GGD?

- De adviseur publieke gezondheid kan vanuit de GGD de gemeente kan adviseren en helpen met het opzetten van de gezondheidsnota en gezondheidsbeleid. Contactpersoon voor de gemeente. Zit vaak rondom de tafel met de gemeente als het gaat om beleid. Als het om uitvoering gaat, doet de Gezondheidsbevorderaar dat → aansluiten bij overleggen met de uitvoerende partijen (buurtsportcoaches en welzijnswerk). Het is niet heel zwart-wit. We hebben binnen de gemeente ook overleggen met de adviseur publieke gezondheid van de GGD, de Gezondheidsbevorderaar, de JOGG regisseur en de stafverpleegkundige. Soort van groepje per gemeente voor afstemming, zodat de adviseur publieke gezondheid dat kan communiceren naar de gemeente als er dingen zijn, en de Gezondheidsbevorderaar naar de JGZ. De Gezondheidsbevorderaar is op beleidsvlak het aanspreekpunt voor de JGZ, en de adviseur publieke gezondheid voor de gemeente.
- De adviseur publieke gezondheid van de GGD kan ook gedetacheerd zijn bij de gemeente Smallerland (dat was Anneke). Dit gebeurt als de gemeente te weinig capaciteit heeft om taken op te pakken.

Wat doet een adviseur publieke gezondheid van de gemeente?

- Vragen aan een adviseur publieke gezondheid van de gemeente.

- Ook voor de taken van de gemeente vragen aan een adviseur publieke gezondheid van de gemeente.

Wat is het verschil tussen een adviseur publieke gezondheid van de gemeente en een adviseur publieke gezondheid van de GGD Fryslân?

- Vragen aan Anneke of aan de adviseur publieke gezondheid van de gemeente.
- Adviseur publieke gezondheid van de GGD Fryslân: advies geven, de adviseur publieke gezondheid van de gemeente zet meer de lijntjes uit en maakt besluiten.

Feedback tool:

Het stukje 'hoe' is nog veel belangrijker. De elementen zijn voor de hand liggend, maar het stukje 'hoe' is iets waar we naar op zoek zijn. Als Gezondheidsbevorderaars advies moeten geven over de tool, zullen zij daar vragen over krijgen. Dat is ook iets wat ze zelf lastig vinden, bijv. hoe bereik je de doelgroep? Hoe betrek je die? Daarom is een naslagdocument fijn. Ook een presentatie voor adviseurs publieke gezondheid en Gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân belangrijk. Adviseurs publieke gezondheid omdat die wellicht er advies over moeten geven richting de gemeente. Kleine introductie. Stand van zaken rondom de tool laten zien.

Gezondheidsbevorderaar vraagt: wie denk je dat deze tool gaat gebruiken?

- Buursportcoaches
- Praktijkprofessional
- Gezondheidsbevorderaar advies geven over het gebruik van de tool
- Dit kan op de site komen te staan: vragen? Neem contact op met een gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân
- Tool pas op de site als hij af is.
- Nieuwe onderzoeksvragen voor strategieën per werkzaam element: motivatie bijvoorbeeld.

Appendix IV.9

Datum: 26 maart 2021

Functie: Senior Research Associate, psychiatrisch epidemiologist

Organisatie: Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Het Franse nationale instituut van gezondheid en medisch onderzoek.

Locatie: Parijs.

Info: Geïnterviewde is onderzoeker bij de Franse RIVM. Zij doet daar psychiatrisch epidemiologisch onderzoek naar biologische en psychosociale mechanismes die ontstaan in de ontwikkeling van een kind met ouders die stress, angst en depressie klachten hebben. Verder onderzoekt zij ook de rol van bewegen in het mentaal welbevinden. Zij heeft in Maastricht gezondheidswetenschappen gestudeerd met als afstudeerrichting gezondheidsbevordering. Daarna heeft zij aan de Radboud universiteit communicatiewetenschappen gestudeerd. Geïnterviewde heeft vervolgens haar promotieonderzoek gedaan in Maastricht. Over dit onderzoek ga ik haar interviewen.

Bron promotie onderzoek: Van der Waerden, J. E. B. (2011). Exercise without worries: prevention of stress and depressive symptoms in women from disadvantaged communities.

Samenvatting interview

Kun jij mij iets over je promotie onderzoek vertellen?

De interventie heet: Exercise without worries. Het was al een interventie die lokaal was opgezet door het vrouwengezondheidscentrum en RIAGG. Vrouwengezondheidscentrum touwtrekker. Daarom

ook gefocust op vrouwen. Academische werkplaats in Maastricht + Riag wil meer evidence based interventies → samenwerkingsverband met GGD, Riag en universiteit in Maastricht. Financiering ZonMw. Interventie uit de praktijk ontwikkeld met de doelgroep. Vertaalslag maken van praktijk naar wetenschap. Interventie inhoud aangescherpt. Self efficacy nog meer. Bijeenkomst 3 bijvoorbeeld specifieke opdrachten voor self efficacy. Hetzelfde geldt voor coping stijlen. Met de wetenschappelijke versie zijn we gaan testen in het onderzoek. De hoofdvraag in dit onderzoek is hoe kunnen we met bewegen en psychoeducatie de depressieve symptomen bij vrouwen van een lage SES voorkomen?

Lijkt jouw onderzoek op wat een erkenningscommissie doet?

Ja het lijkt daarop. Welke determinanten veroorzaken het probleem? Welke determinanten pak jij aan in je interventie? En kan jij ook onderbouwen dat de determinanten die jij aanpakt in je interventie ook eigen leiden tot een vermindering van het probleem?

Reden voor verschillende soorten exercise? (flexibel, relaxatie, stretching, kracht)

Geïnterviewde: belangrijkste reden. Moet niet te inspannend zijn. Veel vrouwen van lage SES niet een goede conditie, weinig gesport, fysieke klachten waardoor ze niet konden sporten (obesitas bijv.). oefeningen moesten ook zittend kunnen. Anderzijds vanuit vrouwengezondheidscentrum: lijfwerk. Body focused exercise. Bewust zijn van je lichaam in de ruimte. Aarden, stevig gaan staan. Lijfwerk kan je heel makkelijk bepaalde cognitieve aspecten lichamelijk uitbeelden. Bijvoorbeeld meer zelfvertrouwen: niet laten omduwen. Bewegen moet psychoeducatie versterken. Ik heb zelf ook 1x met de hele cursus meegedaan, maar als je een beetje sportief bent heb je niet gezweet.

Anouk: ik vind het wel mooi, want tegenwoordig focussen ze ook op positieve gezondheid. Mooie combinatie. Dit is een interventie die ook naast sport andere dingen betreft: gemoedstoestand etc. Duursport het beste voor depressie, maar moet ook praktisch kunnen. Genoeg motivatie. En iemand met obesitas kan moeilijk rennen.

Geïnterviewde: Eigenlijk was het sporten ingevoerd omdat in de literatuur stond dat bewegen goed is ter voorkoming van depressie. Maar ze kwamen met de interventie niet aan de beweegnorm. Ze hebben het ook zo opgezet omdat ze uit ervaring ontdekten dat het heel moeilijk was om vrouwen met depressie van de lage SES bij de reguliere depressie training (bijvoorbeeld in je dip, uit je dip), was het heel moeilijk om lage SES aan te trekken. Op zich, de cursussen liepen wel goed, maar niet voor de lage SES. Daarom bedachten ze het om het met bewegen te combineren. Dan kunnen de vrouwen het anders presenteren. Ipv ik moet naar de riag voor depressie preventie, of een praatclub, kunnen ze zeggen dat ze naar een beweegclub gaan. Dat maakt het voor hen anders.

De interventie is aangepast op de doelgroep, hoe?

We hebben ook een procesevaluatie gepubliceerd. Daarin vertellen we ook hoe de interventie is opgebouwd en hoe iedere les is aangepast aan de doelgroep.

Exercise aantrekkelijker in vergelijking met depressie trainingen. Je kan het gebruiken als ingang om lage SES te werven voor andere interventies. Je moet het relatief bekijken. Bewegen is een goede manier om aan te trekken. Bijvoorbeeld bij liever bewegen dan moe. Werkt goed. In Rotterdam is het gericht op migrantenvrouwen, daar werkte het heel goed. Contactpersoon: Peter Overzier. Artikel hierover: Preventieve training voor allochtone vrouwen: een pilot studie.

Weet jij van meer onderzoek af op het gebied van lage SES en bewegenseffecten?

Dit niet, omdat ze geen effect vonden. De interventie 'Exercise without worries' is wellicht doorontwikkeld. Regelmatig procesevaluatie? Dat is wel de insteek. Waarschijnlijk is het wel gebeurd, maar dan intern. Vrouwgezondheidscentrum heeft de interventie 'Exercise without worries' waarschijnlijk nog. Maar die doen geen procesevaluaties. Dat zit niet in hun systeem.

Wat weet jij in het algemeen van onderzoek dat de relatie onderzoekt tussen bewegen en effecten voor lage SES geïnduceerde gezondheidsproblemen?

Geïnterviewde: ik ben dat niet tegengekomen. Of alleen bewegen, of alleen depressie.

Geïnterviewde: ze gaan er eigenlijk allemaal vanuit dat het effect van bewegen op depressie hetzelfde is bij lage SES ivm met hoge SES. Het probleem is vooral de werving bij de lage SES. In literatuur staat: het is vooral hetzelfde, je moet mensen van een lage SES vooral zien te werven en behouden voor je interventie (welke literatuur?). of je komt op Amerikaanse literatuur, maar dat is moeilijk toe te passen in Europese context. Hispanics, blacks whites etc. niet hetzelfde in NL. ik zou niet aan raden om diep in die literatuur te duiken. Ze hebben daar een heel ander systeem. Geen basisverzekering.

Anouk: Ik kreeg die vraag van iemand omdat er meer chronische stress is bij mensen met een lage SES, dan is het wel interessant om te onderzoeken of bewegen evenveel effect heeft?

Geïnterviewde: Dat is niet onderzocht. Misschien hebben ze wel langer of meer bewegen nodig. Maar dat is wel een onderzoek op zich.

Ik heb een vraag over een specifieke zin in het artikel:

'generally, the proposed explanatory factors for exercise on depressive symptom reduction include physiological, psychological and social support mechanisms.'

Wat zijn die physiological mechanisms? Is dit de activatie van de HPA as, serotonine waarden, dopamine waarden etc.? Hoe is dit gemeten?

Geïnterviewde: wij hebben dat niet gemeten. Vrouwen hebben wel oefeningen gedaan met sit-ups, aan het begin en aan het eind. Is niet op een biomedisch level. Daar is niks mee gedaan.

Wat zijn de psychologische mechanisms?

Geïnterviewde: Vanuit de insteek dat als je beweegt, betere conditie → vergroting self efficacy. Bewegen draagt bij aan psychologische gezondheid. Wij hebben de zelf waardering, meesterlijkheid en de aanwezigheid van negatieve gedachten gemeten. Wanneer je sport ben je lekker bezig en dan heb je minder tijd om met negatieve gedachten bezig te zijn.

Wat zijn de sociale mechanisms?

Geïnterviewde: Social support. Interacties. Of daar meer behoefte aan is, is gemeten. Meetinstrument heeft social support op 2 manier bekeken: interacties en social support discrepancies = meer behoefte dan ze daadwerkelijk in hun normale leven zouden krijgen. Dat was niet het geval.

Motivatie is een werkzaam element. Is er hier in het onderzoek naar gekeken naar de motivatie?

Geïnterviewde: We hebben bij de procesevaluatie gekeken of de opkomst samenhang met het interventie effect. Dus als je vaker kwam, dat er dan meer interventie effect was. Maar dit hing niet samen. We zagen voor de combinatie groep (bewegen en psychoeducatie) dat de opkomst beter was dan voor alleen bewegen. Dat is eigenlijk wel logisch, want voor het psychoeducatie gedeelte

kwamen ze. Bewegen was een kapstokje voor dat psychologische gedeelte waarvoor ze echt kwamen. We merkten wel bij deze doelgroep dat de deelname aan het onderzoek sterk wordt aangemoedigd door de financiële beloning. Er hing ook veel af van de cursusleider. De cursusleider ging de vrouwen iedere week de avond voor de cursus opbellen. Als ze dan de peptalk kregen via de telefoon, dan kwamen ze wel. Sterke externe motivatie nodig om naar de cursus te gaan. Transport naar de cursuslocatie vergroten. Wijkcentra waar ze sws al kwamen. Alle barrières weghalen.

Heb jij nog vragen of opmerkingen?

Geïnterviewde: Ik denk dat de werkzame elementen veelbelovend zijn, als je een mooie checklist kan maken. Ik denk dat het kan helpen. Als je in juni je rapport af hebt, dan ben ik wel benieuwd! Dan wil ik het wel lezen.

Als je nog vragen hebt, kun je die stellen.

Appendix IV.10

Datum: 18 Februari 2021

Geïnterviewde 1

Functie: accountmanager: waarde van sport & bewegen, economisch, maatschappelijk. Sport in infrastructuur.

Organisatie: Kenniscentrum Sport & Bewegen

Locatie: Ede, opereert landelijk.

Datum: 18 Februari 2021

Geïnterviewde 2

Functie: Specialist Fit & Gezond bij Kenniscentrum Sport & Bewegen

Organisatie: Kenniscentrum Sport & Bewegen

Locatie: Ede, opereert landelijk.

Info: Mijn expertise ligt voornamelijk bij gedragsverandering en beweegstimulering voor jeugd.

Daarnaast houd ik mij bezig met de erkenning van sport- en beweeginterventies en de werkzame elementen binnen deze interventies. Stageverslag: Werkzame elementen in sport- en beweeginterventies voor jeugd met een lage ses (2018).

Samenvatting interview

Wat kun je mij vertellen Geïnterviewde 2 over het vervolg van jouw stage in 2018?

Geïnterviewde 2 heeft werkzaam element kader gemaakt: 5 pijlers, deze zijn algemeen voor alle erkende sport en beweeginterventies.

5 pijlers: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/over-sport-en-beweeginterventies/werkzame-elementen-sport-en-beweeginterventies/>

Checklist en tipkaarten zijn voor specifieke doelgroepen, bijv. jeugd. Strategie bij de tipkaarten is per doelgroep anders per pijler.

Checklist: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp-content/uploads/2020/08/checklist-Jeugd-Armoede-Sport-Bewegen-v6-MR.pdf>

Voor wie zijn deze checklisten:

- Interventie eigenaar: bij begin: ontwikkelen en door ontwikkelen van de interventie
- Praktijkprofessional: monitoring, maar ook bij de lokale implementatie. Kan aangeven wat daarbij past. Weten ook hoe een werkzaam element aangepast moet worden aan de lokale setting. (Noor heeft filmpje RIVM gemaakt)

Hoe werkt het erkenningstraject?

procesevaluatie op 3 plekken, lokaal, gemeente etc. werkbladen, trainers, deelnemers. Moeilijk om bij deze informatie te komen.

Voor mij effectiviteit aantonen te hoog gegrepen. Erkeningscommissie doet per interventie onderzoeken van 4 jaar. Wat ik wel kan doen: wanneer is de effectiviteit van een werkzaam element aannemelijk?

De erkenningscommissie kijkt ook of een interventie geschikt is voor de lage SES.

Ze kijken ook of de beoogde doelgroep bereikt kan worden met de interventie.

Zijn er nog dingen die jullie hieraan toe willen voegen?

ZonMW: instrument gemaakt met andere instanties. Het instrument is om te monitoren en evalueren. Het is een webpagina waar deelnemers, trainers etc vragenlijsten kunnen invoeren. Het is de bedoeling dat je continu kan evalueren. Het is een dashboard. Meer informatie:

<https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/meivo/>

Appendix IV.11

Datum: 7 april 2021

Functie: Buurtsportcoach: sociaal domein en sportverenigingen

Organisatie: Sport Fryslân

Locatie: Gemeente Waadhoeke

Info: Ik ben sinds 2011 werkzaam bij Sport Fryslân en sinds 2018 daar werkzaam als buurtsportcoach in de gemeente Waadhoeke. Ik doe uitvoerende en organiserende taken. Mijn rol in het buurtsportcoach team van Waadhoeke ligt bij het sociaal domein en bij sportverenigingen. Als iemand aanklopt bij de gemeente of in beeld is bij het gebiedsteam, zorg ik voor een passend sportaanbod om die persoon verder te helpen. Het doel is om kwetsbare inwoners aansluiting te laten vinden bij beweegactiviteiten. Verder stimuleer ik en adviseer ik sport- en beweegaanbieders met het open stellen voor speciale doelgroepen zoals deze.

Samenvatting interview

Wat voor sportachtergronden kan een buurtsportcoach hebben?

-ALO: opgeleid tot gymdocent

-CIOS: heeft hij gedaan. Mag niet voor de klas staan.

-PMT

-sociaal domein: social work

Kaders van het beweegaanbod zijn in de laatste jaren groter geworden. Eerst was beweegstimulering vooral gefocust op bewegensonderwijs. Nu komt er een tendens dat er ook meer gefocust worden op andere doelgroepen. Daardoor zijn er ook andere types van buurtsportcoaches nodig. Hierin is beweegteam waadhoeke zoekende.

Hoe werkt de financiering van sportbeleid van beweegteam Waadhoeke?

Sport Fryslân werkgever. Sport Fryslân heeft subsidie relatie met de gemeente. Beweegteam Waadhoeke voert opdracht namens Sport Fryslân uit.

Gemeente krijgt geld van het rijk. Brede regeling combinatie functies. Sportstimuleringsregeling.

Iedere gemeente kan aanvraag doen bij het rijk voor deze regeling. 70% rijk + 30% cofinanciering vanuit de gemeente. Dit kan ook bijvoorbeeld vanuit de school een gedeelte zijn. Wie betaalt die bepaalt. Hoe meer geld je besteed, hoe groter je zeggenschap.

De gemeente bepaald het sportstimuleringsbeleid. Het beweegteam Waadhoeke bepaald de praktische invulling. Het beweegteam Waadhoeke maakt prestatieafspraken met de gemeente.

Sport Fryslân is een provinciale organisatie. Geld van de provincie volgens de sportstimuleringsregeling. Alle gemeenten in Friesland maken gebruik van deze sportstimuleringsregeling. De gemeente besteed het geld wat zij krijgen van het Rijk uit aan Sport Fryslân – beweegteam Waadhoeke. Dit is een subsidierelatie. Sport Fryslân heeft als doel om zoveel mogelijk gemeenten onder zich te krijgen → meer impact in de samenleving. Krachten samenbundelen. De gemeente bepaald of zij zich willen aansluiten bij Sport Fryslân. Sommige gemeenten doen dit niet (Leeuwarden, Smallingerland, etc). Deze gemeenten vinden het dan niet passen in hun gemeente. Deze gemeenten gaan andere subsidierelaties aan. Beweegteams van Sport Fryslân hebben alsnog veel vrijheid om dingen zelf te bepalen, volgens geïnterviewde.

Hoe worden mensen vanuit het sociaal domein geworven?

Mensen vanuit het sociaal domein komen vanuit de WMO, participatie wet of jeugdwet. Deze komen eerst bij het gebiedsteam. Het gebiedsteam kan besluiten dat iemand het beste kan gaan sporten bij Sport Fryslân, en wordt hier dan naartoe verwezen.

Op wat voor manier houden jullie rekening met de behoeften van de inwoner?

Beweegteam Waadhoeke wilt meer doen vanuit de inwoner. Wat hebben zij nodig? Dit heet sociale inclusie. Beweegteam Waadhoeke probeert het netwerk van sportaanbieders, scholen, huisartsen etc. aan te laten sluiten op de vraag van de inwoners. Er zijn ook wijken en dorpen coördinatoren. Wanneer er een vraag is vanuit de inwoners voor een nieuw speelplekje, dan kan die inwoner gaan naar een wijken en dorpen coördinator. Deze kan dan de juiste mensen bij elkaar brengen om dit te kunnen organiseren.

Kortom: Beweegteam Waadhoeke is bezig een goed werkend netwerk op te bouwen en aan te laten sluiten bij de behoeften van de inwoners.

Gebruiken jullie ook erkende interventies?

Ja, sociaal vitaal bijvoorbeeld. We willen ook sociaal vitaal gaan starten in een nieuw gebied. Voor de gemeente zijn erkende interventies interessant. De raad en het college besluiten veel. Doordat het bewezen effectief is, zijn erkende interventies interessant. Aan de andere kant kan Beweegteam Waadhoeke ook laten zien dat hun lokale initiatieven werken. Het hoeft dus niet altijd erkend te zijn. Beweegteam Waadhoeke kijkt altijd naar wat het beste aansluit bij de lokale situatie.

In hoeverre werken jullie samen met de GGD?

Wij werken samen met een gezondheidsbevorderaar vanuit de GGD. De lijntjes zijn kort. We zitten niet formeel met de GGD in een samenwerkingsverband. We weten wel hoe wij gebruik van elkaar moeten maken.

Beweegteam Waadhoeke kan aan gezondheidsbevorderaar van de GGD vragen in welke wijken de sportactiviteiten meeste nodig zijn. De gezondheidsbevorderaar kijkt dan naar de cijfers in zo'n wijk.

Verder heeft beweegteam Waadhoeke ook contact met andere Gezondheidsbevorderaars van bijvoorbeeld de gezonde school. Een gezondheidsbevorderaar van de GGD kijkt hoe de school een gezonde school vignet kan krijgen. Daarin wordt ook met een buurtsportcoach van beweegteam Waadhoeke overlegd.

Beweegteam Waadhoeke heeft soms een coördinerende/verbindende rol, maar ook soms een uitvoerende rol.

Hoe evalueren jullie de aanpak?

Het uitvoeringsplan wordt jaarlijks besproken met de gemeente Waadhoeke. Zij evalueren hierbij de prestatieafspraken. Niet alles kan worden behaald. Soms waren doelen ook niet realistisch opgesteld. Daarom is het een dynamisch document. De evaluatie wordt vastgelegd in een verslag die er ongeveer zo uit ziet als het uitvoeringsplan. De GGD Fryslân heeft geen rol in het evalueren van het uitvoeringsplan. Een checklist van werkzame elementen zou kunnen helpen bij de puntjes op de i aan de start van het uitvoeringsplan.

In de evaluatie wil beweegteam Waadhoeke minder gefocust zijn op getallen. De weergave van getallen in een database, zoals Sportbedrijf Drachten dat doet, zien zij niet zitten. De gemeente Waadhoeke ziet hiervan de meerwaarde ook niet in. Beweegteam Waadhoeke is op zoek naar een tool om het resultaat in de vorm van een emotie te kunnen laten zien. Tool voor het formuleren van emotie, volgens het idee van positieve gezondheid. Bijvoorbeeld bij de interventie Sociaal Vitaal: voelen mensen zich echt beter?

Zou een checklist werkzame elementen voor mensen met een lage SES nuttig zijn en wanneer?

Ja dit kan nuttig zijn. Wij doen dit ook al op gevoel. Dan letten wij sowieso ook op deze punten al. Ik zie het wel zitten deze checklist te gebruiken wanneer wij sociaal vitaal in een ander gebied gaan zetten. Dan vind ik het handig als checklist bij nieuwe initiatieven. Ik zie het dan zo voor me, dat ik de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân raadpleeg voor het gebruik van de checklist wanneer nodig. Wij kunnen dan zelf de checklist gebruiken en invullen, of we kunnen de checklist samen invullen met de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân. In dat laatste geval zou de checklist meer dienen als gesprekstool bij het implementeren van nieuwe initiatieven. De Checklist is gericht op verbetering.

De checklist kan nuttig zijn bij het voorstel van het nieuwe uitvoeringsplan aan de gemeente. In dat gesprek kunnen wij per initiatief voor mensen met een lage SES de werkzame elementen bij langs gaan. Bij de start van het nieuwe uitvoeringsplan kunnen wij dan kijken of er nog punten missen.

Appendix IV.12

Datum: 25 maart 2021

Functie: Coördinator Maatschappelijke projecten bij Sportstad Heerenveen, buurtsportcoach.

Organisatie: Sportstad Heerenveen, Scoren voor gezondheid

Locatie: Heerenveen

Info: focussen op positieve gezondheid. Ik werk nu 5 jaar bij sportstad. Ik heb sportgezondheid gestudeerd op de Hanze. Sinds 1 jaar lage SES bij sport in ons beleid. Projecten opstarten andere doelgroepen: sociaal domein. Ik werk als regisseur. Ik sta minder met een trainingspak voor de groep, dan doen anderen uit ons team. Wij werken voor het eerst met 1 iemand op sociaal domein, en die

persoon ben ik. Geïnterviewde heeft werkervaring in sociaal domein. Ze moet wel opnieuw het wiel uitvinden: je weet nooit hoe je perfect met deze doelgroep moet omgaan.

Samenvatting interview

In hoeverre heb jij contact met de gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân?

Geïnterviewde : Ik heb het idee dat de gezondheidsbevorderaars van de GGD Fryslân zich vooral focussen op onderwijs en jeugd. Ik spreek met de gezondheidsbevorderaar tijdens het vitaliteitsoverleg. Het is nog een zoektocht om elkaar te vinden.

Wat vind je van de checklist zoals hij er nu uit ziet?

Ik mis nog belemmeringen zoals vervoer, sportkleding, taalcoach, geld etc.

Wat doet scoren voor gezondheid?

Scoren voor gezondheid: merknaam. Het is geen organisatie. Er werken mensen van sportstad Heerenveen en sport Fryslân. Opereren als één team vanuit de gemeente Heerenveen.

Nieuw: sociaal domein sinds 1 jaar

- Sinds september in uitvoering
- Beweeg + leefstijl + sport = een zoektocht. Proberen er positieve gezondheid in te verwerken.
- Dagbesteding: nieuw project
- Digitaal huis laaggeletterdheid + eenzaamheid: nieuw project
- Vluchtelingenwerk
- Fietslessen: mensen met een migratieachtergrond. Voegen positieve gezondheid toe. Geïnterviewde heeft zelf een basisboekje positieve gezondheid gemaakt om vanuit dit thema te werken.

Erkende interventies

- GLI
- Rots en water
- Erkende programma's vanuit sport fryslân.
- Programma's inkopen

Hoe passen jullie de interventie aan?

Wij passen op gevoel de interventie aan op de lokale setting. Een checklist zou hierbij handig zijn.

Wij willen aansluiten op alle activiteiten van de gemeente Heerenveen. De deelnemers melden zich aan via sociaal domein.

Mensen van de ALO zijn opgeleid tot lesgeven. Ik zet meestal mensen van Sportkunde of PMTers op groepen met lage SES, want die weten beter hoe ze met de mensen om moeten gaan. Nu hebben wij die mensen nog niet in ons team, maar dat is wel nodig.

Wij zijn nu bezig met een testfase bij scouting.

Omdat we bezig zijn met opzetten, kan een nieuwe tool er ook wel bij. Het wiel uitvinden.

Appendix IV.13

Datum: vanaf Januari iedere week een meeting.

Functie: Begeleider van dit project, Teamcoach, epidemioloog, coördinator Academische Werkplaats Publieke Gezondheid

Organisatie: GGD Fryslân

Locatie: Leeuwarden

Info: Dagelijks begeleider van dit project

Samenvatting interview

GGD: Onvoldoende grip op wat er werkt in een wijk, of in een school. Wat is in de interventie, lokaal gebonden belangrijk?

Redenen voor het kiezen van sport- en beweeginterventies:

- weten we als GGD te weinig over
- differentiëren op de doelgroep
- valt veel uit te halen
- niemand op sport en beweeg → in bredere zin. Alleen gekoppeld aan overgewicht. Geen aandachtfunctionaris.

Kun jij mij iets meer vertellen over de interne structuur van de GGD Fryslân?

Geïnterviewde : De gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in Friesland is verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg van de Friese burgers. Er zijn 25 GGD's in heel Nederland. De overkoepelende organisatie hiervan is GGD GHOR Nederland, waarin ook de Geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR) bij zitten. De Directeur Publieke gezondheid is verantwoordelijk voor de geneeskundige en de bestuurlijke beslissingen van de GGD en een GHOR. Hij/zij is de gesprekspartner voor de geneeskundige 'witte keten', die bestaat uit gemeenten, brandweer, politie en justitie. In Friesland is het zo georganiseerd, dat de brandweer en de GGD samen deel uitmaken van de Veiligheidsregio Fryslân. De missie van de veiligheidsregio Fryslân is: een gezond en veilig leven voor iedereen in Friesland. De veiligheidsregio Fryslân werkt in opdracht van de 18 gemeenten in Friesland. De gemeentes zijn verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg van de Friese burgers. De publieke gezondheidszorg houdt in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de inwoners in Nederland. Taken zijn onder andere: signaleren, advies geven en bewaken van de publieke gezondheid (GGD Fryslân, n.d.). De gemeentes hebben deze taken meestal neergelegd bij een GGD, maar controleren de GGD wel in deze taken. Wettelijke taken van een GGD zijn vastgelegd in de Wet Publieke gezondheid. Deze zijn onder andere: de jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, infectieziekte bestrijding, bevolkingsonderzoeken en gezondheidsvoorlichting. Aanvullende taken verschillen per GGD in Nederland, bijvoorbeeld forensische geneeskunde en publieke gezondheidszorg in asielzoekerscentra kunnen aanvullende taken zijn. Het totale takenpakket van de GGD Fryslân kun je vinden op de website. Zij hebben hun taken onderverdeeld in 4 pijlers. De eerste pijler is monitoring, signalering en advies. Onder die pijler valt de jeugdgezondheidszorg, epidemiologie, beleidsadvisering, medische milieukunde, academische werkplaats en gezondheidsbevordering. Epidemiologen doen bevolkingsonderzoek. De medische milieukunde richt zich op wat voor invloed de omgeving heeft op iemand gezondheid. De academische werkplaats richt zich op onderzoek en ontwikkeling. De tweede pijler zijn de uitvoerende taken van de gezondheidsbescherming. Hieronder vallen de taken: infectieziektebestrijding (bv. corona), tuberculose screening, Soa / Sense (seksuele voorlichting), jeugdgezondheidszorg (kind & opvoeding), Rijksvaccinatieprogramma (kinderen, baby's, reisvaccinaties) en de publieke gezondheidszorg voor Asielzoekers. De derde pijler is toezicht houden. Hieronder vallen de inspecties van kinderopvang, inspecties wet maatschappelijke

ondersteuning (WMO) en de technische hygiënezorg. De WMO is er voor begeleiding van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam kunnen zijn. Deze begeleiding wordt door de GGD Fryslân gecontroleerd. Onder de technische hygiënezorg valt de inspecties van: schepen, bordelen en tattooshops. De vierde pijler is het bewaken van de publieke gezondheidszorg bij rampen en crisis. Hieronder valt de Maatschappelijke crisisondersteuning, forensische geneeskunde en de jeugdgezondheidszorg. De maatschappelijke crisisondersteuning is alleen nodig bij crisis, zoals een auto ongeluk en een fabrieksongeluk. De GGD heeft een GGD rampenopvangplan (GROP) die dan in gang wordt gezet. Acties die hierbij horen zijn: coördinatie van psychosociale hulpverlening, de medische milieukunde, infectieziektebestrijding, geneeskundig onderzoek na rampen, en een meldpunt voor verward gedrag. Eerst hoorde hier ook het coronavirus bij, maar die heeft nu een volledig eigen afdeling. De forensische geneeskunde is belangrijk bij een niet natuurlijke dood. Dan komt een GGD arts voor de lijkschouw. Ook bij euthanasie. Al deze taken zijn verdeeld over vijf verschillende afdelingen van de GGD Fryslân: centrale dienst en ondersteuning (CDO), Regio Noord, Regio Zuidoost, Regio Zuidwest en het coronabedrijf. De taken van de afdeling CDO zijn provinciaal, want die taken zijn te klein om te verspreiden over regio's. Hiertoe horen de taken: medische milieukunde, infectieziekte bestrijding, tuberculose screening, Soa/sense, reizigersvaccinaties, inspecties kinderopvang, inspecties WMO, technische hygiëne zorg, maatschappelijke crisisondersteuning en forensische geneeskunde. De manager van het CDO heeft deze taken in zijn/haar portefeuille. De taken die groot genoeg zijn om te versnipperen over de drie regio's, worden wel verspreid, want de GGD Fryslân wilt zo dicht mogelijk bij de burger staan en zo lokaal mogelijk hulp aan kunnen bieden. Iedere regio heeft een team beleid & advies. Hierin zitten gezondheidsbevorderaars, een epidemioloog, een beleidsadviseur, een stafverpleegkundige, een stafarts en een stafpedagoog. Wanneer er meerdere gezondheidsbevorderaars zijn per regio, verdelen die zich weer over de gemeentes in de regio. Naast het team beleid en advies, zijn er meerdere teams per regio. Ook teams van verpleegkundigen en pedagogen. Bij de GGD Fryslân doen ze aan zelforganisatie. De regiomanager is er alleen voor problemen, formatie tekorten en langdurige ziektes. De regiomanager heeft daarnaast ook een provinciale taak. De regiomanager van regio noord heeft ... in haar portefeuille. De regio manager van zuid oost heeft de taak gezondheidsbevordering en de publieke gezondheidszorg asielzoekers in haar portefeuille. De manager van zuid west heeft de jeugdgezondheidszorg in haar portefeuille. De adjunct directeur heeft de academische werkplaats en epidemiologie in zijn portefeuille. Verder zijn er ook teamcoaches die teams in de regio's kunnen ondersteunen, niet op inhoud en resultaten, maar op procesvlak. Onder de provinciale taak van gezondheidsbevordering worden er verschillende programma's opgezet die provinciaal een functie dienen op het thema gezondheidsbevordering. Bij het opzetten van nieuwe gezondheidsprogramma's moeten de 18 gemeenten in Friesland akkoord gaan. De Friese gemeenten kunnen ook opdracht geven aan de GGD Fryslân om een nieuw programma op te zetten. In 2019 hebben de Friese gemeenten opdracht gegeven aan de GGD Fryslân om naar aanleiding van het Nationaal Preventieakkoord de Friese Preventieaanpak te ontwikkelen met andere stakeholders. Het visiedocument is vastgesteld in 2020 door de 18 Friese gemeenten. Het visiedocument is ontwikkeld door de Friese gemeenten, de GGD Fryslân, zorgverzekeraar De Friesland, de HANNN en Aletta Fryslân. Er zijn drie focuspunten vanuit de FPA: weten wat werkt, delen wat werkt en doen wat werkt.

Wat doet een beleidsadviseur van de gemeente?

- Werkt voor de gemeente. bepalen gezondheidsbeleid vd gemeente. interne rol → adviseert wethouder. Zorgt ervoor dat het beleid van de grond komt: inwoners en organisaties betrekken. Bepaald bijv aantal jongerenwerkers dat wordt ingezet. Ontwikkelt en voert het gemeentelijk gezondheidsbeleid uit.
- *Vragen: op welke thema's zitten de beleidsadviseurs van de gemeente?*

- Een beleidsadviseur heeft vaak meerdere thema's in portefeuille. Zeker bij kleinere gemeenten kan dat enorm uiteen lopen. De combinatie met sociaal domein (oa wmo, jeugd, participatie) en sport is wel veel gezien.

Wat doet een beleidsadviseur van de GGD?

- Sparringsmaatje en adviseur van de beleidsadviseur vd gemeente.
- Helpt met het landelijke beeld
- Helpt met informatie over wat andere gemeentes in Friesland doen

Wat doet een gemeentelijke beleidadviseur nog meer?

- In gesprek gaan over voorbereiding en budgetten en uitvoering.
- Betrokken bij initiatieven.
- Praktische zaken regelen zoals een buitenfitness, wanneer mensen daar een aanvraag voor hebben
- Bijv project valpreventie zelf leiden in banen

Geïnterviewde : Beleidsadviseur van de gemeente: op de hoogte brengen van je tool. Bv. De beleidsadviseur van de gemeente kan bijvoorbeeld een Buurtsportcoach wijzen op de tool bij nieuwe initiatieven. Voor gemeenten ook een handig hulpmiddel voor gesprek met de persoon die ze de opdracht hebben gegeven.

Voor evaluatie tool kun je Deming gebruiken:

- Plan – do – check – act
- Academische werkplaats met een student. Interviews peiling. HBO student.

Appendix IV.14

Datum: 8-4-2021

Geïnterviewde 1

Functie: Specialist Fit & Gezond bij Kenniscentrum Sport & Bewegen

Organisatie: Kenniscentrum Sport & Bewegen

Locatie: Ede, opereert landelijk.

Info: Met mijn achtergrond als bewegenswetenschapper ligt mijn expertise voornamelijk bij de fysieke effecten van bewegen en de rol van bewegen en de gezonde leefstijl in de zorg.

Datum: 8-4-2021

Geïnterviewde 2

Functie: Specialist Fit & Gezond bij Kenniscentrum Sport & Bewegen

Organisatie: Kenniscentrum Sport & Bewegen

Locatie: Ede, opereert landelijk.

Info: Mijn expertise ligt voornamelijk bij gedragsverandering en beweegstimulering voor jeugd. Daarnaast houd ik mij bezig met de erkenning van sport- en beweeginterventies en de werkzame elementen binnen deze interventies. Stageverslag: Werkzame elementen in sport- en beweeginterventies voor jeugd met een lage ses (2018).

Samenvatting interview

Herken je dat de database van erkende interventies weinig wordt gebruikt in de gemeenten door buurtsportcoaches?

Geïnterviewde 2: ik herken dat de database nog niet herkend is. de database is een landelijk initiatief. Lastig om dan vanaf het landelijke naar lokale professionals die kennis te overbrengen. Je bent afhankelijk van promotie en de GGD Fryslân. Ik herken ook dat de gezondheidsbevorderaars de interventies niet aanpassen. Rol van de buurtsportcoach is in elke gemeente anders. Is een mooie kwaliteit → specificieerbaar per gemeente, maar dat maakt het in onze ondersteuning wel lastig. Gezondheidsbevorderaar prijst een erkende interventie aan. Het is veel vanuit de GGD. Als het niet wordt aangeboden, weten ze niet wat er nog meer is.

Een erkenningscommissie geeft een oordeel op basis van onderliggende onderzoeken. Wat gebeurt er praktisch in die onderzoeken? Hoe werkt zo'n onderzoek?

Geïnterviewde 2: 4 jaar is richtlijn voor een effectstudie, maar dat kan ook korter of langer zijn, afhankelijk van het onderzoeksdesign. Universiteit of hogeschool doet dat onderzoek. Een goed beschreven erkenning is drie jaar geldig. Goed onderbouwd en effectief erkenning is 5 jaar geldig. Interventies eerst goed beschreven: goed op papier. Vanaf daar kan je al een hogeschool in voor het onderzoek. Of na 2 jaar krijg je een alert bericht dat je goed beschreven erkenning verloopt. Vervolgens meer aanleveren voor goed onderbouwd. Voor het niveau effectief moet je minstens 2 effectstudies hebben. Op de website  database. Als je naar beneden scrolt: Stappen naar erkenning en aanmelding.

Stel dat een praktijkprofessional die checklist invult, hoe kan dat terugkomen in de effectenstudie?

Het zou kunnen. Op sommige plekken gebeurt het ook wel, dan worden de werkzame elementen al meegenomen. Maar het is ook lastig om dat te standaardiseren, omdat effectstudies zo verschillend van design kunnen zijn. Interventie moeten 2 effectstudies hebben. Maar hoe die eruit zien kan heel anders zijn. Het kan bijv. een effectstudie zijn op sociale cohesie. Maar het kan wel dan komen tot het erkenningsniveau effectief.

De erkenningscommissie onderzoekt ook of de beoogde doelgroep bereikt kan worden met de interventie: welke aspecten zorgen voor dit bereik?

Werving strategieën: doelgroep, samenwerkingspartners betrokken bij het aanbod. Hier vallen nog meer aspecten onder zoals de aanpassingen die gedaan zijn aan de interventie om deze aan te laten sluiten bij de doelgroep.

De erkenningscommissie onderzoekt of een interventie geschikt is voor de lage SES, maar waar wordt dan op gelet, Wat werkt bij lage SES?

Fysieke toegankelijkheid (aanbod niet ver weg, in de wijk of school zelf). Aansprekende representatieve professional. Niet te ver van bed show, waarvan ze denken: ik lijk toch niet op jou. Alle materialen en teksten moeten aangepast zijn. Maatwerk voor de doelgroep. Wat zijn hun drijfveren? Wat willen zij? Je moet aansluiten bij hen wil je dat de interventie überhaupt succesvol gaat zijn.

Er zijn ook interventies bij jeugd bijvoorbeeld, waarbij iedere trainer uit de wijk komt. De kinderen kennen de trainers. Autoriteit hebben om de jongere kinderen te kunnen aanspreken. Dit werkt goed.

Is dat altijd nodig? Geïnterviewde 2: denk niet dat het een vereiste is, maar ik denk wel dat het een vereiste is dat de trainer zich kan inleven, zelfde niveau kan praten. Wat kunnen wij samen doen ipv dat het een trainer is die blijft staan van ik heb de kennis in pacht.

Wat zijn de drempels van de doelgroep om naar een erkende leefstijl interventie te gaan?

Vervoer, kosten. Schaamte voor armoede en overgewicht. Lage SES hebben helaas vaker overgewicht. Daaraan gerelateerd staan negatieve ervaringen (blessures, vaak aangekeken voelen omdat ze te zwaar zijn) met sporten. Angsten. Cultuur: als je niet mag sporten buiten. In kleding buiten sporten niet willen. Hierop aansluiten heeft te maken met het maatwerk.

Hoe motiveer je de ongemotiveerde groep mensen van de lage SES?

Lastig om er een eenduidig antwoord op te vinden. Lage SES is een diverse groep mensen. Het allerbelangrijkste is dat je aansluit op wat zij willen. En wat hun drijfveren zijn om ergens bij aan te sluiten. Wij zien voordelen van sport, maar misschien zien zij dat helemaal niet. Zij hebben bijvoorbeeld schulden en armoede, daardoor grote zorgen. Aankomen met 'sporten en bewegen is belangrijk voor jou', dan is dat kort door de bocht. Maar als zij zeggen: ik wil even geen stress. Dan kun je daarop aan sluiten, dat sport kan helpen bij stress. Zo kan die persoon zijn eigen belang erin zien. Zo met hen in gesprek gaan. Op de kennisbank staat veel over motivatie. Studie GLI en lage SES: wat daarin werkzame elementen zijn.

Wat kan bewegen betekenen voor de gezondheidsproblemen die specifiek meer voorkomen bij mensen met een lage SES? (Angst, Depressie, Chronische stress, overgewicht en obesitas?)

Bewegen kan kans verlagen op hart- en vaatziekten, diabetes en vroegtijdig overlijden. Maar het is bewegen dat het effect van bewegen bij aandoeningen (diabetes, overgewicht) is negatieve spiraal. Weinig bewegen kan bijdragen aan het ontstaan van een aandoening. Zodra zij een aandoening krijgen gaat men nog minder bewegen, waardoor de ziektelast groter wordt en dat is de neerwaartse spiraal. Bewegen kan bijdragen aan aandoeningen voorkomen, maar ook ziektelast en progressie van bestaande aandoeningen verlagen.

Bewust bewegen met chronische aandoeningen. Overgewicht: zwemmen. Weinig weerstand.

Diabetes: kracht, zodat de spieren getraind worden om de glucose op te nemen. Diabetes niet een hypo.

Zijn de adviezen ook voor lage SES? Als je het kan combineren met het motivatie element?

Nee dat is niet zo, het is meer globaal.

Geïnterviewde 2: je kan het wel combineren inderdaad, lokaal een aanpak. Geïnterviewde 1: weet je ook in de regio welke aandoeningen daar veel voorkomen?

Anouk: nee dat weet ik niet.

Je hebt waarschijnlijk een groep met veel verschillende soorten problemen. Wat voor sport is dan het best?

Dat is wel lastig. Het zou wel interessant zijn om de cijfers voor de wijk erbij te pakken.

Mensen bij begin een medische keuring om veilig te beginnen. Rustig aan beginnen. Niet volle bak, dat kan een grote drempel zijn vanuit het gedragsperspectief. In de Beweegrichtlijnen staat dat iedere bewegen telt. De grootste gezondheidswinst is te behalen bij de mensen die nog helemaal niet bewegen, die een klein beetje gaan bewegen. Meer bewegen is altijd beter, maar de kleine veranderingen/stapjes helpen zeker ook!

Zijn er onderzoeken die jij kent die het effect van bewegen biomedisch aantonen bv. Serotonine waarden, cortisol waarden?

Biologische mechanismen: gelukshormoon. Allesoversport. 2 artikelen nu met wat bewegen betekent. Ook een studie van ZonMw en het WHO heeft eind 2020 nieuwe guidelines voor bewegen. Veel meer bewijs voor het mentale effect. Verder kun je ook kijken naar gegevens van de gezondheidsraar, beweegrichtlijnen.

Wat kan bewegen betekenen voor de 6 dimensies van positieve gezondheid? (En dan ook met name met betrekking op de lage SES doelgroep)

Er loopt bij ons intern een onderzoek bij Kenniscentrum Sport & Bewegen. We zijn momenteel een koppeling aan het maken tussen dit artikel en positieve gezondheid. Daar komt binnenkort een artikel over op de Kennisbank van Kenniscentrum Sport & Bewegen.

Appendix IV.15

Datum: 2-3-2021

Functie: Projectcoördinator

Organisatie: Healthy ageing network northern netherlands (HANNN).

Locatie: Groningen

Info: HANNN, Bloeizone, wijkaanpak Leeuwarden. Hij heeft een economische achtergrond als studie. Hij heeft gewerkt bij het samenwerkingsverband Noord Nederland (SNN). SNN geeft subsidies vanuit de Europese Unie aan projecten in Noord Nederland.

Binnen het HANNN focust Geïnterviewde zich op collectief voedselgedrag. Ontwikkeld een integrale wijkaanpak in Leeuwarden.

Samenvatting interview

Wat is het HANNN?

In 2009 kennisinstellingen zoals de RUG, NHL Stenden → HANNN, Eriba, Life Lines.

HANNN wil kennis over gezond ouder worden overbrengen in de maatschappij.

Eriba staat voor European Research Institute for the Biology of ageing. 15 top wetenschappers van de hele wereld kwamen hierheen om te werken aan het topic 'healthy ageing.'

Het hoofddoel van het HANNN is ongeveer 5/6 jaar geleden wat veranderd. Het focust zich nu op de kloof tussen de lage SES en de hoogopgeleiden. Focust op contact met inwoners.

Wat doet het HANNN?

De GLI werkt niet zo goed. Alleen voor mensen met zelfdiscipline werkt het. Nu heeft een groot deel van de deelnemende groep juist weinig zelfdiscipline. Er is veel uitval.

Met dieetpraktijk [Balance](#) en ketenzorg is er een nieuw project gestart in de wijken, als toevoeging op de GLI. Om de week komen de bewoners bij elkaar in bijvoorbeeld een buurthuis. Het gaat om sociale cohesie.

Een ander initiatief zijn de bloeizones. Vanuit de provincie Fryslân is de opdracht aan het HANNN geweest om deze bloeizones te installeren in 15 leefgemeenschappen in Friesland. Het gaat erom dat de omgeving bepalend is voor hoe iemand opgroeit en hoe gezond iemand is/leeft.

Wat doet het HANNN op het gebied van bewegen?

Daniëlle: topschaatser geweest, maakt challenges

Rabobank: wielervedstrijd + maatschappelijk doel. Naam draagt HANNN en niet Rabobank zodat het maatschappelijke doel goed naar voren komt.

Er is ook een bus waar mensen naar binnen kunnen lopen voor een gezondheidscheck. Veel mensen doen dat en zijn nieuwsgierig naar hun mate van gezondheid. Waarschijnlijk voelen zij weinig drempels om deze bus naar binnen te gaan en is het dus toegankelijk. Deze bus heet: '[De gezonde huiskamer](#)'. Jerrel doet heel veel op het gebied van bewegen. Hij was eerst erg obese (plaatje) en nu heel fit. Hij vond eerst geen hulp in het zorgsysteem, en uit frustratie ging hij zelf aan de slag. Nu sport hij 10 x per week met groepen van 30 man van de moeilijk bereikbare doelgroep. Hij heeft nu een eigen stichting aangevraagd bij de KvK: <https://www.facebook.com/bewegenmetplezierdoejehier/>

Hebben jullie te maken met erkende leefstijlinterventies van Centrum Gezond Leven?

GLI is erkend.

Het plan van JOGG zit goed in elkaar, maar de uitvoering kan beter. Er zitten vaak jonge onervaren JOGG regisseurs op die niet goed weten hoe ze de aanpak echt goed aansluitend aan de problemen in de omgeving kunnen maken. De evaluatie gebeurt door te kijken op hoeveel basisscholen en of er een JOGG actie is gedaan.

Het probleem met erkende leefstijlinterventies is dat er wordt aangenomen dat een interventie 'automatisch' goed gaat werken wanneer deze wordt geïmplementeerd in de lokale setting. Er wordt te weinig gekeken naar hoe deze erkende leefstijlinterventie kan passen bij de doelgroep en de setting. Het aanpassen van de werkzame elementen zoals aanbevolen in [dit](#) filmpje, gebeurt niet. Er moet ook beter gekeken worden naar de match tussen de trainer en de doelgroep → wie past bij de groep? Het type persoon is belangrijk.

Er moet ook goed worden gekeken voor wie een interventie werkt en voor wie niet. Is de opkomst ook echt de lage SES? Wordt de ongemotiveerde doelgroep er ook mee bereikt?

Sommige gemeenten denken te makkelijk over het betrekken van de doelgroep. Met een paar korte gesprekjes denken ze al dat ze de doelgroep goed betrokken is.

Er zijn ook 9 principes van [Pharos](#). Misschien verwerken in je tool.

Kennis over de doelgroep is erg belangrijk. Daarvoor zouden gezondheidsbevorderaars het sociaal domein en de wijkteams kunnen gebruiken, om zo de interventie beter aan te passen aan de doelgroep. Een checklist zou daarbij kunnen helpen.

Geïnterviewde : voor de tijd dat je er nu in hebt gestoken, weet je het probleem goed in kaart te brengen.

Appendix IV.16

Datum: 18-03-2021

Functie: Coördinator Sportontwikkeling bij bv SPORT, buurtsportcoach.

Organisatie: BV Sport

Locatie: Leeuwarden

Samenvatting interview

De buurtsportcoaches van B.V. sport hebben een regie rol. Zij bedenken wat er nodig is in een wijk. Uiteindelijk zoeken ze daar dan iemand anders bij die het uitvoert. Bij de erkende interventie sociaal vitaal zijn dit zorgprofessionals. Van het overzicht van erkende sport- en beweeginterventies aangeboden door het Centrum Gezond Leven, zetten wij alleen sociaal vitaal in en schooljudo. Veel initiatieven bedenken wij zelf.

Appendix IV.17

Datum: 04-03-2021

Functie: Teamleider Sport & Bewegen bij Sportbedrijf Drachten, buurtsportcoach.

Organisatie: Sportbedrijf Drachten

Locatie: Drachten

Samenvatting interview

Vanuit het probleem kijken wij wat er nodig is, en dan bedenken we zelf wat. Wij kijken niet echt naar wat er dan beschikbaar is in de database van erkende interventies van Centrum Gezond Leven. Wanneer we zelf iets bedenken is het binnen 3 weken klaar. Maar bij de erkende interventies duurt het langer voordat het geïmplementeerd is. Er is bij een erkende interventie wel vaker een

vergoeding, maar omdat het langer duurt kiezen we meestal niet deze weg. Voor aanpassing van de interventie op kinderen met een lage SES, maken wij gebruik van de tipkaarten van het Kenniscentrum Sport & Bewegen.

Appendix V: Klankbord meeting

Vragensessie adviserende partij van de tool

Aanwezig:

Adviseur publieke gezondheid A, Programmamanager A, Gezondheidsbevorderaar A, Gezondheidsbevorderaar B, Gezondheidsbevorderaar C, Gezondheidsbevorderaar D

Elke regio vertegenwoordigd. Zij willen het verder brengen. Verslag delen met deze groep.

Agenda:

1. Voorstelrondje
2. Presentatie Anouk
3. Vragenronde
4. W.V.T.T.K.
5. Afsluiting

Aantekeningen vragenronde

Wat is de rol van de gezondheidsbevorderaar met het werken met deze tool?

- Gezondheidsbevorderaar A: hoe motiveer je de buurtsportcoaches deze tool te gebruiken? Promotie, goed vindbaar en bekend? Hoe bereik je de mensen die activiteiten uitvoeren?
- Adviseur publieke gezondheid A: Toetsen met professionals. Effect op de deelname van beweeginterventies. Is dit ook valide? Bij de ene professional die de tool wel gebruikt en de andere professional niet.
- Gezondheidsbevorderaar D: Lage SES: tijdrovende doelgroep. Peptalk: hoe kan je dat verwachten van de buurtsportcoaches. Veel extra tijd en geld. Heel veel verwachten van de externe partij? Waar moet het dan vandaan komen?
- Gezondheidsbevorderaar C: de tool is veel breder in te zetten. Rookpreventie zie ik linkjes. Daar kun je m voor gebruiken. Voor mij zou die bruikbaar zijn bij stoppen met roken. Gebruik maken van de doelgroep. De doelgroep opzoeken in bestaande netwerken. (kerkelijk groepen, wijkteams). Kun je het daar met de mensen hebben over stoppen met roken. In de groep investeren om daar vertrouwen te krijgen. Aanbod van vervolg bij roken is meer een plek waar ze terecht kunnen bij terugval met roken. Eigenlijk weet je het allemaal wel, maar het is goed om het zo allemaal te zien.
- Gezondheidsbevorderaar B: Ik sluit me aan met wat de rest allemaal gezegd heeft. Voor ons als gezondheidsbevorderaars is er een rol weggelegd om de ander de meerwaarde ervan in te laten zien. Gezondheidsbevorderaar als schakel om de tool bij de praktische partij onder de aandacht te brengen. Met deze tool kun je echt langs andere thema's langsgaan. Mooi en bruikbaar instrument. Door er stil bij te gaan staan, ga je er echt kritisch bij nadenken.

Welke rol kan de beleidsadviseur spelen?

- Adviseur publieke gezondheid A: Veel gemeentes behoefte aan praktische vertaalslag.

- Adviseur publieke gezondheid A: hoe sluit je aan bij de lage SES. Behoeftte aan iets praktisch. Hoe zorg je ervoor dat de buurtsportcoaches ook enthousiast zijn. Bijvoorbeeld door te zeggen: als je deze tool gebruikt, krijg je vollere groepen. Beleidsadviseur GGD Fryslân in gesprek met Beleidsmedewerker sportstimulering of gezondheid van de gemeente. Ingebed in werkwijze. Opdrachtbeschrijving naar de buurtsportcoaches toe sturen.
- Provinciale sportambtenaren overleg: zit iemand van de GGD Fryslân in. Daar de tool onder de aandacht brengen. coronagelden: sport Fryslân : nieuw interventie overzicht voor alle gemeentes op gebied van gemeentes. Dat gaat naar gemeentes toe, maar dan ook deze tool meesturen. Provinciale sportambtenaren overleg: op de agenda. Programmamanager A via Sport Fryslân inbrengen.
- Adviseur publieke gezondheid A: betrekken van inwoners belangrijk in GIDS aanpak gelden. Hoe bereiken we dan eigenlijk inwoners? Daar kan het ook op de website

Zijn er nog dingen die jullie missen in de voorgestelde aanpak?

- Gezondheidsbevorderaar A: vinden de buurtsportcoaches dit een fijne tool om mee te werken? Nog meer voorbeelden per onderdeel? Gezondheidsbevorderaars bedenken direct veel voorbeelden en het activeert genoeg. Is dit ook zo voor buurtsportcoaches?
- Voorbeelden verzamelen. Tegenwerper is dat het wel beknopt moet zijn. Forum. Zoekfunctie per element. Checklist bruikbaar voor buurtsportcoaches (met puntjes)?
- Voorbeelden met elkaar delen in het kader van delen wat werkt
- Gezondheidsbevorderaar D: ik sluit me erbij aan. Scholen begeleiden: er worden vaak voorbeelden gevraagd. Welke gemeente doet wat (FPA).

Wat hebben jullie nodig om advies te kunnen geven als adviseurs publieke gezondheid en gezondheidsbevorderaars?

- Gezondheidsbevorderaar D: voor mij is deze presentatie genoeg. Ik herken heel veel. Maar wij hebben wel baat bij voorbeelden. Hoe hebben anderen dat gedaan in hun gemeente?
- Adviseur publieke gezondheid A: dat de tool getest wordt in een gemeente in de volgende stage. Praktijkvoorbeelden. Zodat je in een andere gemeente makkelijker onder de aandacht kan brengen.
- Programmamanager A: De tool naast projecten zoals La Forsa en Sport058 samen sterk leggen. Misschien nadat de tool is gevalideerd in een andere gemeente. Dan echt als valideermiddel inzetten.
- Programmamanager A: La Forsa in Smallingerland is betaald met GIDS geld. Op zoek naar wat werkt. Zij is geen gesubsidieerde instelling. Maar we zien wel de werkzame elementen bij haar terug: groot bereik, ze gaan naar vervolgaanbod, de meiden komen lekker in hun vel.